

DÉCEMBRE 2018

DOSSIER TECHNIQUE

**2017 : Le réseau des MDPH,
acteur de son évolution**

**Synthèse des rapports d'activité 2017 des maisons
départementales des personnes handicapées**

Ce rapport annuel sur l'activité des MDPH et des MDA en 2017 a été réalisé par le pôle Partenariat institutionnel de la Direction de la compensation de la CNSA sous la coordination de Virginie Hoareau, avec l'appui d'Anne-Lise Brasseur et du cabinet CEKOIA. Les données statistiques relatives à l'activité des MDPH ont été consolidées par la mission d'analyses statistiques de la Direction de la compensation (Amandine Weber, Sandra Nahon et Patrice Dijoux).

La production des rapports d'activité mobilise fortement les maisons départementales des personnes handicapées et de l'autonomie.

La CNSA tient à les remercier particulièrement pour leur implication.

Ce rapport a été présenté à la commission Aide à la personne du Conseil de la CNSA le 14 novembre 2018 et remis à ses membres le 4 décembre 2018.

Sommaire

Introduction	5
1. Le pilotage des chantiers	7
1. La démarche « Réponse accompagnée pour tous »	7
2. Le pilotage des systèmes d'information	16
3. La conduite d'une démarche qualité	20
4. Le pilotage opérationnel des MDPH	26
2. Les différents modèles organisationnels des MDPH	39
1. Une démarche de territorialisation engagée pour une majorité de MDPH	39
2. Les choix organisationnels des MDPH	44
3. L'information et la communication en direction des usagers, du grand public et des partenaires de la MDPH	54
3. Les différents processus métier dans le traitement de la demande d'un usager	57
1. L'accueil des MDPH	57
2. L'instruction des demandes	64
3. L'évaluation des situations individuelles	69
4. La décision	82
5. L'accompagnement des décisions et le suivi des orientations	87
6. La conciliation, la médiation, les recours gracieux et contentieux	91

<u>4.</u> Une activité marquée par une hausse moins importante des demandes	99
1. Les demandes déposées auprès des MDPH	99
2. La répartition des demandes déposées	104
3. Évolution de la part des premières demandes sous l'effet de la mise en œuvre de la CMI et de la réforme de la durée d'attribution de l'AAH	108
4. Des taux d'accord variables selon les prestations et marqués par d'importantes disparités départementales	109
5. Les délais moyens de traitement des demandes	110
6. Focus sur les droits et prestations	112
<u>5.</u> Les moyens humains et financiers des MDPH	133
1. La situation financière des MDPH	133
2. Les moyens humains des MDPH	140
3. L'externalisation de prestations	147
<u>Conclusion</u>	149

Introduction

En 2017, les MDPH ont poursuivi leur transformation initiée en 2015 et en 2016.

L'année 2017 a été marquée par la généralisation de nombreuses évolutions issues de travaux de concertation avec les MDPH. La réalisation des autodiagnostic au regard du référentiel de missions et de qualité de service au cours de l'année 2017, la diffusion du référentiel métier du tronc commun du SI MDPH en janvier 2017, la publication de l'arrêté¹ portant sur le nouveau formulaire de demande en mai pour un déploiement progressif dès septembre, la montée en charge de la démarche « Réponse accompagnée pour tous » impliquent pour leur mise en œuvre des modifications en profondeur des organisations et des pratiques des MDPH.

Précaution méthodologique

Une nouvelle trame de rapport d'activité a été déployée en janvier 2018 pour les données 2017. Plus exhaustive, elle a pour objectif de disposer de données plus homogènes et quantifiables sur le fonctionnement et les organisations des MDPH et permet la centralisation dans un même document des données budgétaires, de personnel et de suivi d'activité. La mise en perspective des données présentées dans cette synthèse avec celles des années précédentes doit donc être faite avec certaines précautions de lecture.

La remontée des informations par les MDPH dans le cadre d'un rapport d'activité annuel est une obligation légale et contractuelle sur la base des articles L. 146-3-1 et L. 149-4 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et des stipulations des conventions pluriannuelles signées entre chaque département et la CNSA. Les rapports sont attendus pour le 30 juin au plus tard. Toutefois, la présente synthèse a été élaborée sur la base de 92 rapports d'activité reçus² avant le 31 août 2018 et d'enquêtes sur les données d'activité (102 MDPH), sur la prestation de compensation du handicap (PCH - 102 MDPH) et sur l'allocation aux adultes handicapés (AAH - 101 MDPH).

Une vigilance accrue est requise sur les données budgétaires et de personnel compte tenu du fait que seuls 92 rapports ont été reçus en 2017 contre 102 en 2016. Il manque en particulier certaines MDPH dont les budgets et le personnel sont importants.

L'analyse nationale qui est faite est complétée des *verbatim* qualitatifs rendant compte des transformations organisationnelles opérées ou initiées par les MDPH en 2017 : les *verbatim* intégrés tout au long du document sont directement extraits des rapports d'activité des MDPH et viennent illustrer l'analyse consolidée.

La CNSA n'y a pas apporté de modifications autres que formelles.

1. Arrêté du 5 mai 2017 relatif au modèle de formulaire de demande auprès des maisons départementales des personnes handicapées.

2. Ne sont pas représentées dans l'échantillon des données budgétaires, de moyens et organisationnelles les MDPH des Alpes-de-Haute-Provence (04), du Cher (18), de la Corse du Sud (2A), de la Haute-Loire (43), de la Nièvre (58), du Puy-de-Dôme (63), du département du Rhône (69D) pour les données organisationnelles, de la Vienne (86), de la Seine-Saint-Denis (93), de la Réunion (974), de Mayotte (976) et de Saint-Martin (978).

1 Le pilotage des chantiers

1. La démarche « Réponse accompagnée pour tous »

L'ensemble des MDPH s'est engagé progressivement depuis 2015 dans la démarche « Une réponse accompagnée pour tous ». L'engagement des territoires est porté en particulier par les MDPH, les conseils départementaux, les agences régionales de santé (ARS) et les représentants de l'Éducation nationale. La démarche impulse de nouvelles façons de travailler entre acteurs institutionnels, mais surtout avec les personnes en situation de handicap et leur entourage.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit, dans son article 89 codifié sous l'article L. 114-1-1 du Code de l'action sociale et des familles, la possibilité pour l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH ou pour l'usager de solliciter un plan d'accompagnement global (PAG). Son élaboration peut donner lieu à l'organisation de groupes opérationnels de synthèse (GOS) qui mobilisent les partenaires accompagnant l'usager ou responsables de la tarification des prestations.

L'enjeu est en effet d'apporter une réponse accompagnée véritablement élaborée avec la personne et son entourage. Pour répondre à cet objectif, les MDPH sont mobilisées notamment sur l'évolution de leurs pratiques d'évaluation en équipe pluridisciplinaire de manière à ce que celles-ci permettent l'implication des personnes, la prise en compte du projet de vie (souhaits et possibilités de chacun), la centralisation des informations nécessaires à la description des situations et à l'évaluation des besoins, une orientation adaptée vers une solution mobilisable rapidement. C'est le dispositif d'orientation permanent.

La démarche « Une réponse accompagnée pour tous » implique un important travail de concertation pour permettre la mobilisation, mais aussi l'évolution des réponses proposées à l'échelle du département et de la région, le développement de réponses modulaires (axe 2). Ces objectifs de diversification et de modularité sont portés par les programmes régionaux de santé que pilotent les agences régionales de santé, les schémas des solidarités relevant des conseils départementaux. Ils peuvent être déclinés dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) passés avec les établissements et services médico-sociaux. Ils trouvent également un appui dans l'action menée par les représentants de l'Éducation nationale au sein des groupes techniques départementaux, par exemple en matière d'accompagnement à la scolarisation en milieu dit ordinaire ou en établissement médico-social.

La démarche « réponse accompagnée » est outillée par l'informatisation du suivi des orientations qui permet de connaître en temps réel les capacités et les modalités d'accueil et d'accompagnement disponibles sur les territoires et leurs éventuelles spécificités en termes de ressources.

En parallèle, les MDPH se sont mobilisées pour participer, voire impulser sur leur territoire, le déploiement des autres axes de la démarche : offre territorialisée (axe 2), participation des usagers (axe 3), transformation des pratiques (axe 4).

Complémentaire des chantiers nationaux d'ampleur tels que la refonte du formulaire de demande, la mise en place de la réponse accompagnée a parfois nécessité un nouveau questionnement des MDPH sur leurs pratiques, leurs processus métier et leurs organisations pour l'accompagnement à la construction des réponses et à la mise en œuvre des décisions. Elle génère également une charge de travail importante pour les MDPH.

Des financements complémentaires ont été apportés aux MDPH *via* les ARS pour le recrutement, sur deux ans, d'un chargé de mission réponse accompagnée ou pour le recours à une prestation de service. Un appui, d'abord départemental puis interdépartemental, a été assuré par une mission nationale.

Focus sur les différents axes de la réponse accompagnée pour tous

Axe 1 : Construire et expérimenter le dispositif d'orientation permanent

Le premier axe de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » pose les principes de la conception et du déploiement du dispositif d'orientation permanent. L'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé fait en effet évoluer le mécanisme d'orientation mis en œuvre jusqu'à présent par les MDPH. Il prévoit que la MDPH formule au besoin une réponse alternative à l'orientation initialement notifiée, cette réponse alternative étant construite en fonction des possibilités et disponibilités de l'offre territoriale (et pas que départementale). Cette réponse est formalisée dans un plan d'accompagnement global.

Axe 2 : Déploiement d'une réponse territorialisée

Cet axe a pour objectif de faire évoluer les réponses pour accompagner les personnes en situation de handicap au regard de leurs besoins et en passant d'une logique de place à une logique de prestations, plus souple, plus adaptée aux situations des usagers et permettant des réponses plus inclusives. Les acteurs sont donc concernés, notamment l'ARS, le conseil départemental (handicap et aide sociale à l'enfance – ASE), l'Éducation nationale, les organismes de protection sociale, les établissements et services du territoire et la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ). Plusieurs leviers sont mobilisables : projet régional de santé (PRS), schémas départementaux, CPOM, travail sur les pratiques et outils de l'admission en ESMS.

Axe 3 : Participation des usagers

Cet axe doit permettre d'améliorer la participation des usagers dans les prises de décision qui les concernent et l'accompagnement. Leur expérience et leur expertise d'usage peuvent être mobilisées pour améliorer les organisations existantes, élaborer des réponses adaptées ou encore pour accompagner directement les usagers (pair-aideance).

Axe 4 : Transformation des pratiques

Cet axe apporte un soutien opérationnel à la mise en œuvre de la démarche dans son ensemble. Il concerne la transformation des pratiques de tous les acteurs intervenant dans les parcours de santé, mais également de vie des personnes. Il se déploie à travers des mesures de simplification, des programmes des acteurs (travailleurs sociaux, médecins), des échanges de pratiques entre institutions (formations croisées MDPH-Éducation nationale, par exemple).

1.1 Le déploiement de la démarche

L'organisation du déploiement de la réponse accompagnée a été le plus souvent portée par un ou une chargé(e) de mission réponse accompagnée.

La plupart des MDPH ont choisi de recruter, grâce au financement complémentaire apporté par la CNSA, une personne référente.

Le périmètre de leur mission varie. Certaines MDPH ont choisi de mettre en place un « référent PAG » avec des missions liées uniquement à la mise en place du dispositif d'orientation permanent, à l'évaluation et à l'élaboration de réponses aux situations individuelles.

D'autres MDPH ont choisi d'ouvrir le périmètre du chargé de mission à la mise en place de l'ensemble de la démarche et de la dynamique partenariale (initier ou suivre les travaux des axes 2, 3 et 4), lui confiant la mission supplémentaire de « référent PAG » ou confiant celle-ci à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation.

Ce second modèle, préconisé par la CNSA, permet de faciliter le rôle d'animation de la démarche par la MDPH et la transformation des pratiques d'évaluation ainsi que leur appropriation par les professionnels de la MDPH, d'assurer le caractère pluridisciplinaire de l'identification des besoins et réponses à mobiliser et donc la pérennité du dispositif d'orientation permanent.



MDPH de Charente-Maritime (17)

« Une chargée de mission réponse accompagnée a été recrutée pour la mise en œuvre du dispositif d'orientation permanent en Charente-Maritime. Compte tenu du caractère stratégique de cette mission, le choix a été fait de la positionner au sein du pôle ressources et qualité, en lien direct avec la Direction de la MDPH et en collaboration directe avec le chargé de mission Observatoire. »

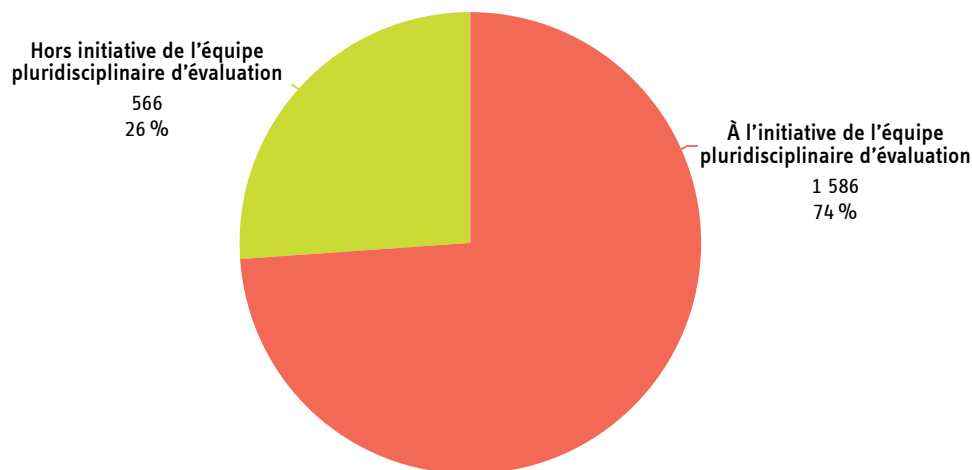
Si le nombre de PAG demandés, proposés et signés ne constitue pas un indicateur de succès du déploiement, il permet toutefois d'éclairer son suivi.

En 2017, on compte 2 264 demandes et propositions de PAG par les équipes pluridisciplinaires d'évaluation de la MDPH et 837 PAG signés (suivi auquel ont répondu 73 MDPH). On constate une grande diversité entre les MDPH en termes de nombres de PAG reçus et proposés, de PAG effectivement élaborés, ce qui peut s'expliquer en partie par les différents choix de date d'entrée dans la démarche et de communication à destination des personnes et des professionnels faits par les territoires.

Toute situation considérée comme complexe ou nécessitant une coordination dans la mise en œuvre de la réponse ne fait pas forcément l'objet d'un PAG. L'élaboration ou non d'un PAG résulte de la demande de la personne, de la plus-value que le processus d'élaboration du PAG constitue pour formaliser des engagements, permettre une co-construction de la réponse ou prévoir une éventuelle dérogation au cadre réglementaire existant.

Dans les rapports d'activité, les MDPH ayant renseigné la donnée ont déclaré avoir traité 2 152 situations complexes.

Nombre de situations complexes traitées en 2017
(y compris celles n'ayant pas abouti à la signature d'un PAG)
Échantillon : 61 MDPH « à l'initiative [...] » et 64 MDPH « hors initiative [...] »



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.



MDPH des Côtes-d'Armor (22)

« Pour faciliter la réalisation de PAG, il est apparu que des dérogations sont nécessaires : dérogation à l'âge, au type d'accueil, à la spécialité de l'établissement, à la durée de l'accueil temporaire. Le besoin de recourir à ces dérogations de manière organisée a été pointé. Un travail a été lancé avec l'ARS et le conseil départemental. Le repérage des partenaires par territoire est nécessaire ainsi que la mobilisation des réseaux afin d'éviter les redondances et les interventions démultipliées. Cette cartographie qui devra être reprise à terme dans les répertoires opérationnels de ressources médico-sociales est indispensable pour mobiliser les acteurs en bonne coordination. »

MDPH de l'Yonne (89)

« Les partenariats de la MDPH s'inscrivent principalement dans le déploiement de la réponse accompagnée pour tous et dans l'évaluation des dossiers : groupes opérationnels de synthèse et participation de partenaires extérieurs aux EPE [équipes pluridisciplinaires d'évaluation] et identification au sein de la MDPH pour les dossiers (échanges plus importants entre les équipes et l'ensemble des partenaires). »

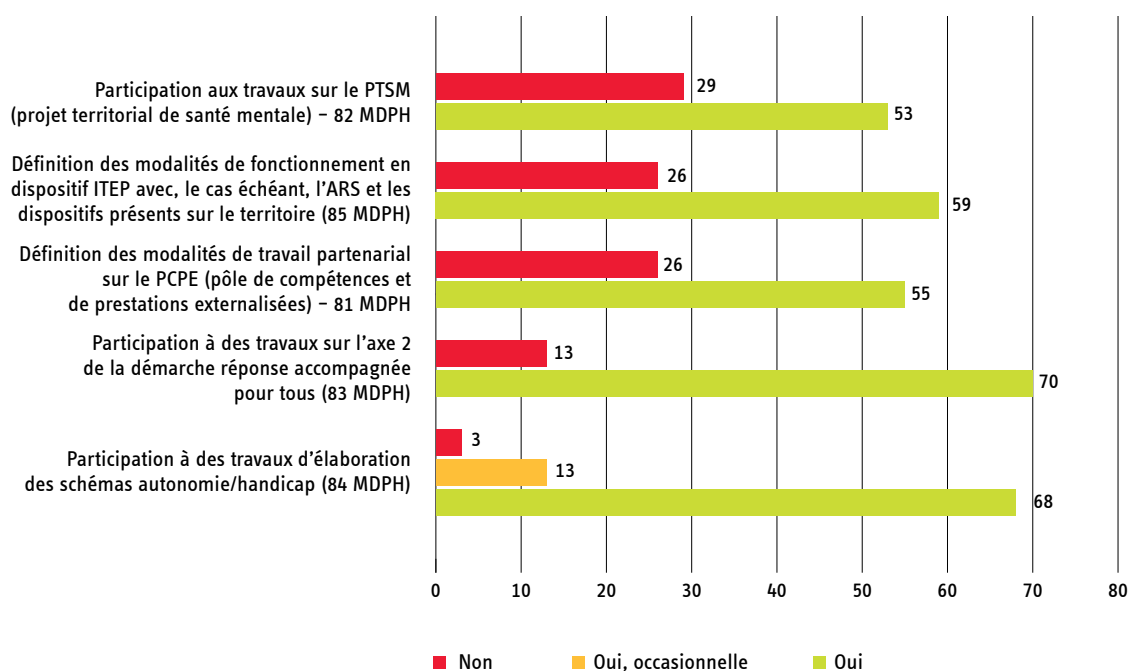
Les MDPH sont également mobilisées sur des travaux de transformation de l'offre et des politiques d'admission dans les établissements et service, en lien avec la démarche réponse accompagnée.

70 MDPH sur les 83 de l'échantillon (soit 84 %) déclarent participer à des travaux sur l'axe 2 (déploiement d'une offre territoriale) de la démarche réponse accompagnée. 55 MDPH sur 81 (soit 68 %) ont travaillé avec leur partenaire à la définition des modalités de travail sur les pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE) ; 59 MDPH (69 %) sur 85 sur le dispositif ITEP ; 53 MDPH (64 %) sur 82 participent aux travaux sur les projets territoriaux de santé mentale.

81 travaillent sur l'élaboration des schémas autonomie ou handicap, dont 13 occasionnellement.

Nombre de MDPH participant à des travaux d'évolution de l'offre

Échantillon : entre 81 et 85 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.

Parmi les nouvelles formes de réponses modulaires aux besoins des usagers, les MDPH se sont saisies de l'installation récente des PCPE.

Focus : Le regard de la MDPH de l'Hérault sur un dispositif PCPE

Le PCPE est porté par l'établissement d'enfants et adolescents polyhandicapés « Coste Rousse », géré par l'ADAGES. Il couvre l'Est Hérault et s'adresse à un public de 5 à 29 ans. Ce PCPE est destiné aux personnes atteintes d'une déficience intellectuelle avec des troubles associés. Le PCPE a pu s'appuyer sur le réseau de l'association gestionnaire de l'établissement auquel il est adossé.

La mise en place du dispositif a fait l'objet de rencontres régulières entre l'équipe du PCPE et l'équipe de la MDPH afin de cibler les personnes à orienter vers le dispositif et de créer les outils nécessaires à l'instruction de ces demandes et à leur suivi. L'équipe pluridisciplinaire de la MDPH rencontre l'équipe du PCPE en moyenne une fois par mois (cette fréquence tend à décroître avec des rendez-vous plutôt toutes les 6 semaines).

Les professionnels du PCPE interviennent de manière marginale à domicile. Ils interviennent principalement pour la réalisation de bilans ou encore ils accompagnent les familles dans la recherche de places en établissement, en accueil séquentiel... L'équipe du PCPE est sollicitée autour de situations complexes.

Ce dispositif permet à la MDPH de disposer de bilans actualisés qui éclairent sur les besoins des usagers. La pluridisciplinarité présente au sein du PCPE est également une richesse. Il est important que l'accompagnement par le PCPE ne soit pas conditionné par un autre dispositif (contrairement aux services d'éducation spéciale et de soins à domicile – SESSAD – du département qui interviennent seulement si l'enfant est scolarisé ou aux services d'accompagnement à la vie sociale – SAVS – qui n'interviennent que si la personne vit à domicile).

Les points de vigilance

Le système d'information de la MDPH ne permet pas l'enregistrement et le suivi de ce dispositif, ce qui a pour conséquence la création en parallèle d'un autre outil de travail et ainsi un « éclatement » du dossier de l'utilisateur et une information peu visible. Par ailleurs, le territoire de l'Hérault n'est pas totalement couvert par le dispositif du PCPE alors que des besoins sont identifiés sur l'ensemble du département. Les critères liés à la déficience et à l'âge limitent les interventions qui peuvent être réalisées par le PCPE.

Les notifications de la MDPH vers le dispositif PCPE sont réalisées pour une période de 6 mois renouvelables une fois. Certains usagers n'ont pas d'accompagnement en dehors du suivi par le PCPE, donc, quand celui-ci s'arrête, ils n'ont plus de prise en charge.

1.2 Les impacts perçus

Plusieurs MDPH soulignent dans leur rapport d'activité les bénéfices perçus de la démarche.



MDPH de Côte-d'Or (21)

« C'est à travers la démarche réponse accompagnée pour tous (RAPT) que la MDPH de Côte-d'Or souhaite construire la "MDPH de demain", c'est-à-dire une MDPH non plus centrée sur la phase amont, mais positionnée tout au long du parcours de l'utilisateur et qui se préoccupe de l'effectivité de la mise en œuvre des décisions de la CDAPH [commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées].

Cette démarche comporte certes 4 axes, mais il s'agit d'une démarche globale sur laquelle la MDPH souhaite s'appuyer pour accompagner son évolution, et notamment la modernisation de son organisation. »

MDPH de l'Eure (27)

« L'année 2017 a vu le déploiement de la démarche "Une réponse accompagnée pour tous", qui a inévitablement impulsé de nouvelles façons de travailler, d'une part entre acteurs institutionnels, et d'autre part avec les personnes en situation de handicap et leur famille. Au cœur de cette démarche se trouve la possibilité pour l'utilisateur de demander l'élaboration d'un plan d'accompagnement global (PAG), dès lors que la décision prise en CDAPH ne peut aboutir ou se concrétiser de façon optimale. L'élaboration des PAG, plus qu'un document réglementaire permettant l'ouverture d'un droit à une prestation, permet avant tout un accompagnement et une réponse adaptée et coconstruite par les différents partenaires.

Malgré tout l'intérêt et le bien-fondé de ce dispositif, cela n'est pas sans poser des difficultés dans l'activité quotidienne des équipes. La mise en œuvre d'une cellule de veille est ainsi venue s'ajouter aux missions actuelles des équipes, générant [un] surcroît de travail pour certains professionnels.

L'organisation des groupes opérationnels de synthèse (GOS) nécessite par ailleurs un suivi très attentif des relations avec les partenaires, afin de s'assurer de leur engagement dans la démarche. »

MDPH du Doubs (25)

« Les impacts organisationnels majeurs pour la MDPH ont porté sur :

- un accompagnement aux changements des pratiques auprès des équipes d'évaluation, ainsi qu'une formation continue à l'utilisation des outils spécifiques du DOP ;
- une très forte mobilisation de la chargée de mission et de l'équipe de direction pour initier et consolider une dynamique partenariale. De très nombreuses rencontres ont eu lieu à notre initiative, sous différentes formes : colloques, réunion en territoires, ateliers... Les partenaires cibles sur l'année 2017 étaient les ESMS [établissements et services médico-sociaux], l'ASE et plus largement les acteurs de la protection de l'enfance, la pédopsychiatrie et psychiatrie.

Cette mobilisation importante des équipes n'ayant pas forcément de retour immédiat sur investissement, l'enjeu managérial a été de maintenir l'enthousiasme et la conviction que ce travail de fond au service des situations complexes porterait ses fruits à terme et que la qualité de service serait au rendez-vous. »

MDA de l'Isère (38)

« Accompagnement de la MDA par un cabinet conseil pour préparer les professionnels de la MDA à l'évolution des pratiques professionnelles dans le cadre du dispositif "Réponse accompagnée pour tous". Les professionnels de la MDA seront à leur tour des ambassadeurs auprès des équipes de professionnels des ESMS et des travailleurs sociaux des territoires du département. »

MDPH du Loiret (45)

« Le déploiement de la démarche entreprise par la MDA du Loiret a été salué par l'ensemble des partenaires du territoire loirétains. Plusieurs temps de rencontres et d'échanges ont été organisés avec les principaux acteurs du champ médico-social et sanitaire (ESMS, CHD [centre hospitalier départemental], lieux de soins...) et autres services (MDD [maison du département], Éducation nationale, services AEMO [action éducative en milieu ouvert], PJJ, PCPE, milieu associatif...) afin de promouvoir et de sensibiliser l'intérêt de cette démarche (responsabilité collective et partenariale). [...] La démarche permet une meilleure coordination des acteurs dans le but de construire collectivement des réponses et des solutions adaptées aux besoins et aux attentes des personnes accompagnées. »

Retours d'expérience des MDPH de Côte-d'Or (21) et de Moselle (57)

La mise en place de la réponse accompagnée pour tous (RAPT) représente un chantier important pour les MDPH. En effet, cette démarche s'est traduite dans plusieurs MDPH par des changements des pratiques professionnelles, voire de l'organisation interne des services.

Par exemple, la MDPH de Côte-d'Or a fait le choix de mobiliser très largement l'ensemble des professionnels avec l'intégration au sein des différentes fiches de postes des agents des éléments relatifs à la RAPT, avec une coordination globale assurée par une chargée de mission dédiée. La mission de secrétariat du dispositif d'orientation permanent (DOP) a été proposée dans le cadre d'une « bourse aux missions » aux agents instructeurs ; ces derniers ont été plusieurs à souhaiter se saisir de cette opportunité.

Par ailleurs, un « RAPT Tour » a été organisé afin de favoriser l'appropriation des enjeux de la démarche ainsi qu'une mobilisation continue des partenaires du territoire. Un film a également été réalisé pour illustrer la déclinaison opérationnelle de la démarche et la mise en place d'un PAG pour une situation complexe.

En Moselle, la démarche s'inscrit dans la continuité de la gestion des situations complexes déjà engagée au sein de la MDPH. En effet, les situations complexes sont gérées en amont des PAG au sein de sections spécialisées (SSP) composées de membres de la CDAPH et de membres qualifiés (ESMS, associations...). Cette section, organisée par public (enfant, 16-25, adulte), a pour but de travailler sur la situation en amont de sa présentation en CDAPH dans l'objectif d'éviter les ruptures de parcours de l'utilisateur. À terme, des équipes d'évaluation de niveau 3 seront mises en place pour préparer les situations en amont des SSP et des groupes opérationnels de synthèse.

La mobilisation des partenaires est également l'un des prérequis à la mise en place et à la conduite de la démarche. En Moselle, des réunions d'information globales ont été organisées et un comité de suivi RAPT a été installé avec une feuille de route déclinée à partir d'un protocole d'engagement signé par les acteurs.

Ce dernier rassemble les différents acteurs locaux (caisses d'allocations familiales – CAF, caisses primaires d'assurance maladie – CPAM, ARS, conseil départemental, Éducation nationale, direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi – DIRECCTE, direction départementale de la cohésion sociale – DDCS, représentants des usagers...) autour de plusieurs axes de travail (partage de l'information, gestion des situations prioritaires...).

Points de vigilance

Les MDPH ont fait remonter plusieurs points de vigilance dans la mise en œuvre de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous ». En effet, les évaluateurs peuvent voir leur charge de travail augmenter et ont besoin d'être accompagnés dans cette nouvelle mission qui demande des formations pour une montée en compétence (animation de réunion, connaissance des aspects partenariaux et mobilisation dans une dynamique de territorialisation...). Les évaluateurs doivent réussir à intégrer les nouvelles missions, tout en gérant le flux quotidien de demandes.

La Côte-d'Or a ainsi installé une commission de priorisation de demandes de PAG ; en effet, la situation à l'origine de la demande du PAG doit être clairement identifiée et analysée dans sa globalité. Les PAG sont initialement pensés pour venir répondre à une indisponibilité ou à une inadaptation des réponses connues et, dans un second temps, pour répondre à des problématiques de risques de rupture de parcours de l'utilisateur. Or l'activité de la commission révèle que des PAG sont demandés dans des situations d'urgence ou complexes pour lesquelles la réponse aux besoins de l'utilisateur relève parfois des droits existants dans le cadre des plans d'aide, par exemple la mise en place d'une PCH ou d'une coordination partenariale.

Perspectives

La mise en place de la démarche nécessite de poursuivre l'évolution engagée de transformation des MDPH. L'instruction est ainsi appelée à continuer à se transformer avec une montée en compétence des agents qui vont gagner en polyvalence, être amenés à avoir un lien plus fort avec les partenaires...

La réponse accompagnée pour tous est par ailleurs une démarche partenariale et implique de poursuivre et de renforcer les partenariats de la MDPH avec les autres acteurs locaux, notamment auprès d'acteurs de première ligne comme les professionnels de santé libéraux ou du secteur sanitaire. La mobilisation de dispositifs existants peut permettre de faciliter le développement de ce lien (ex. : mobilisation de la MAIA).

Le renforcement des liens avec l'aide sociale à l'enfance (ASE) représente aussi un enjeu important pour la conduite de la démarche dans un cadre pluripartenarial.

Enfin, plusieurs MDPH ont souligné l'importance de la démarche pour renforcer les liens partenariaux entre acteurs du territoire et consacrer la MDPH comme « assembleur » des compétences de chacun. Ce travail d'assembleur ne peut être fait que dans la bonne compréhension et le respect des missions de chaque partenaire.



MDPH de Charente (16)

« RAPT : Les logiques institutionnelles anciennes doivent évoluer pour faire place à des logiques de parcours partagés. Il peut être difficile d'impliquer certains partenaires, la MDPH n'ayant pas les moyens d'imposer ces évolutions. »

MDA de la Loire (42)

« La démarche de la réponse accompagnée replace les MDPH au cœur de la gouvernance territoriale et au carrefour des politiques publiques. »

MDPH du Loiret (45)

« La démarche permet une meilleure coordination des acteurs dans le but de construire collectivement des réponses et des solutions adaptées aux besoins et aux attentes des personnes accompagnées. »

2. Le pilotage des systèmes d'information

Les MDPH sont engagées dans la modernisation de leurs outils informatiques afin d'améliorer la gestion des demandes et l'archivage des dossiers.

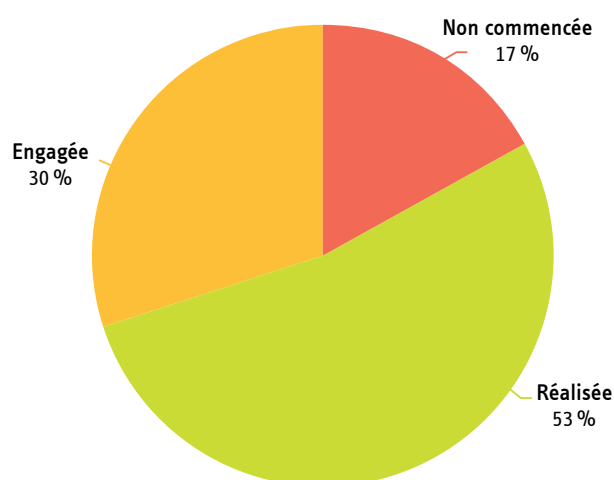
Cette dynamique se traduit depuis quelques années par une dématérialisation de plus en plus importante de la gestion documentaire. Elle est accentuée depuis 2015 par la mise en œuvre du système d'information commun des MDPH (SI MDPH). L'amélioration des systèmes d'information représente des enjeux considérables pour l'automatisation des tâches à faible valeur ajoutée et, en définitive, pour l'amélioration de la qualité de service rendu, le pilotage dans un contexte d'augmentation continue du nombre de demandes, de tensions sur les ressources et d'exigences de rendu-compte.

2.1 La dématérialisation des documents

La dématérialisation des documents, de la demande au suivi des dossiers des usagers, constitue pour les MDPH un levier pour améliorer la gestion et le traitement de demandes. C'est un élément de facilitation du déploiement du futur système d'information commun des MDPH.

La majorité des MDPH l'a mise en place (53 %) ou indique que ce travail est en cours. Seuls 17 % des MDPH déclarent ne pas avoir commencé cette démarche en 2017.

État d'avancement de la dématérialisation des documents
Échantillon : 88 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.



MDPH des Pyrénées-Orientales (66)

« Il s'agit pour les MDPH :

- d'accroître l'efficacité des organisations permettant d'améliorer le service à l'utilisateur et d'orienter les ressources vers des tâches à plus forte valeur ajoutée ;
- d'améliorer l'orientation et l'accompagnement de la personne handicapée ;
- de permettre l'interopérabilité avec les systèmes d'information des partenaires ;
- de travailler à l'harmonisation des données et des processus ;
- de mieux connaître les publics et leurs besoins. »

2.2 Le déploiement du SI commun des MDPH

Depuis 2015, la CNSA est engagée auprès des MDPH dans la construction et le déploiement d'un système d'information harmonisé. Le programme SI MDPH comprend plusieurs chantiers : la définition de processus métier communs aux MDPH (tronc commun), l'expression d'exigences fonctionnelles pour les solutions déployées en MDPH, le système d'information du suivi des orientations ou encore les échanges automatisés avec les caisses d'allocations familiales.

Focus : Le système d'information commun des MDPH

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement confie à la CNSA le soin de concevoir et de mettre en œuvre un système d'information commun aux MDPH. Celui-ci doit contribuer à améliorer le service rendu à l'utilisateur tout en prenant en compte les contraintes des MDPH et de leurs partenaires. En substance, le système d'information commun des MDPH devra permettre :

- > de faire gagner les MDPH en efficacité et en qualité de service rendu (harmoniser les processus et les données, fluidifier le traitement des données, faciliter la saisie en ligne des dossiers, identifier et diffuser les bonnes pratiques organisationnelles) ;
- > de favoriser les interactions avec l'ensemble des partenaires des MDPH (développer les échanges d'information dématérialisés, suivre les orientations des personnes et soutenir la démarche réponse accompagnée) ;
- > d'améliorer la connaissance du public et de ses besoins, en termes d'offre, à chaque niveau territorial (départemental, régional, national) et de faciliter la mise en place de la collecte de données anonymisées locales et nationales.

Sur la base d'une étude de faisabilité et après concertation avec l'Assemblée des départements de France et l'Association des directeurs de MDPH, la CNSA et le ministère ont décidé, fin 2015, de retenir un schéma d'harmonisation progressive des systèmes d'information actuels des MDPH.

Le projet consiste, d'une part, à définir un tronc commun qui permettra l'harmonisation des données et des concepts des processus métier des MDPH. Le tronc commun devra être traduit en spécifications qui seront implémentées par les éditeurs de logiciels. Ce travail de définition porte sur les fonctionnalités existantes dans les systèmes d'information. Il sera élargi à des domaines peu développés comme l'évaluation des besoins des personnes handicapées (qui fait l'objet d'une expérimentation dans le cadre du projet IMPACT piloté par le Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique – SGMAP) ou les projets personnalisés de scolarisation (des spécifications ont d'ores et déjà été communiquées aux éditeurs et doivent être déployées dans les systèmes d'information des MDPH).

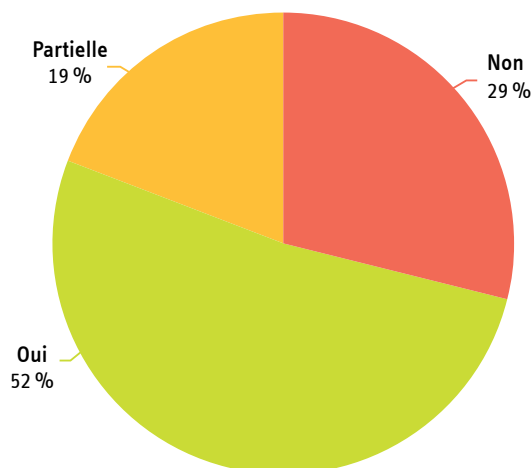
Il consiste, d'autre part, à développer des services transverses, leviers de performance pour les MDPH et d'enrichissement du service rendu à l'utilisateur, notamment :

- > les échanges d'informations entre les MDPH et les caisses d'allocations familiales (CAF) : dans une logique de simplification et de diminution des délais de traitement, un travail de dématérialisation des échanges entre CAF et MDPH a été lancé conformément aux décisions de la Conférence nationale du handicap du 12 décembre 2014. Après une phase de test actuellement en cours, la dématérialisation des échanges sera généralisée ;
- > l'accès au système national de gestion des identités (SNGI) pour les MDPH : la CNSA suivra ce chantier majeur, piloté par la CNAF, en lien avec la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et les MDPH.

En 2017, la CNSA a réalisé avec les MDPH un travail d'autodiagnostic visant à évaluer les impacts métier du tronc commun. Cet autodiagnostic devait permettre aux MDPH d'établir un plan d'action définissant les activités de prédéploiement du SI MDPH. Le calendrier d'autodiagnostic s'est étalé tout au long de l'année 2017. 52 % des MDPH de l'échantillon indiquent avoir mis en place une équipe projet suite à celui-ci, et 19 % que cette mise en place a été partielle. 29 % des MDPH n'avaient pas encore mis en place d'équipe projet SI MDPH en 2017.

Une équipe projet SI MDPH a-t-elle été mise en place suite à l'autodiagnostic ?

Échantillon : 87 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.

Les conséquences tirées de l'autodiagnostic sont multiples.



MDPH du Territoire de Belfort (90)

« Les résultats de l'autodiagnostic indiquent que notre attention devra se porter sur l'appropriation du tronc commun, nous devons également former une équipe projet qui devra participer à la rencontre interdépartementale, point de départ de l'appropriation du tronc commun. En conséquence des résultats tirés de l'autodiagnostic, nous devons rapidement lancer les premières actions suscitées et nécessaires au prédéploiement du SI sur notre MDPH. »

MDA de la Mayenne (53)

« Le résultat de l'autodiagnostic et les préconisations de la CNSA nous ont permis de :

- décrire notre trajectoire de déploiement ;
- nous situer sur une vague de déploiement (première vague) ;
- connaître notre niveau d'état technique ;
- identifier nos actions de prédéploiement, de constituer l'équipe projet et d'intégrer ces actions dans notre charge de travail ;
- dégager des points de vigilance notamment sur l'interaction entre ce projet et les autres projets de la Direction. »

MDPH de Tarn-et-Garonne (82)

« En amont du déploiement du palier 1 du SI MDPH, la CNSA a ouvert le 26/09/2017 un autodiagnostic des systèmes d'information auprès de l'ensemble des MDPH et conseils départementaux, afin : de faire un bilan de leur situation ; de mettre en évidence les efforts à fournir c'est-à-dire les prérequis, avant ce déploiement notamment sur les plans technique (avec l'éditeur, la CAF, les ESMS...) et organisationnel ; de définir la vague de déploiement de chaque MDPH d'ici 2019.

Les résultats reçus fin décembre 2017 de la cellule d'appui national SI MDPH de la CNSA ont positionné notre MDPH en phase d'installation du SI sur le troisième trimestre 2019.

Une équipe projet SI MDPH sera composée du référent SI MDPH, d'un référent de la DSI en lien avec l'éditeur GFI.

L'absence de système de dématérialisation des dossiers a été soulignée. Le dispositif GED sera un passage obligatoire à terme pour le déploiement de tous les paliers du SI MDPH.

La MDPH a participé en novembre 2017 à la rencontre interdépartementale d'appropriation du SI MDPH consacrée à la présentation du programme de déploiement du palier 1.

Une lettre d'engagement doit maintenant être signée entre la CNSA, le conseil départemental et le GIP-MDPH afin d'officialiser les engagements d'installation de la solution et de mise en production par le département et la MDPH.

Les financements CNSA dont la MDPH pourra bénéficier ne seront connus qu'après envoi de cette lettre.

Une convention du projet de déploiement du palier 1 du SI MDPH dans le cadre de la généralisation devra être également signée par la suite. »

MDPH de Charente-Maritime (17)

« L'autodiagnostic mené dans le cadre du SI MDPH a permis à la MDPH de se positionner sur la première vague de déploiement du SI harmonisé. Le comité de pilotage des projets SI Action sociale du département a positionné sa mise en œuvre et notamment les activités de prédéploiement (architecture technique, montée de version de IODAS) dès 2018 pour un démarrage à la fin de l'année. Le positionnement sur la vague 1 permettra ensuite à la MDPH de se lancer dans d'autres projets SI structurants tels que la mise en place d'un portail GRU (gestion de la relation usagers) et la dématérialisation complète du circuit. Le dossier de demande est numérisé tout de suite après l'étape de recevabilité, le choix de la mise en œuvre de la gestion électronique des documents (GED) ayant été fait dès 2007. Cependant, le *workflow* (circuit) du dossier n'est pas totalement dématérialisé. »

MDA des Yvelines (78)

« Suite à l'autodiagnostic, la MDPH a signé en février 2018 une lettre d'engagement sur le déploiement du SI TC [tronc commun] (au plus tard au 1^{er} janvier 2018 pour l'environnement test ; au plus tard au 30 juin 2018 pour la mise en production et en service) et a mis en place une équipe projet pour assurer les activités de prédéploiement (analyse des impacts métiers, fonctionnels et techniques, installation de prérequis SI, conventionnement et lettres d'engagement....) et, par la suite, les activités de déploiement. La plupart des prérequis techniques ont été réalisés et l'installation de la suite jeton est programmée. »

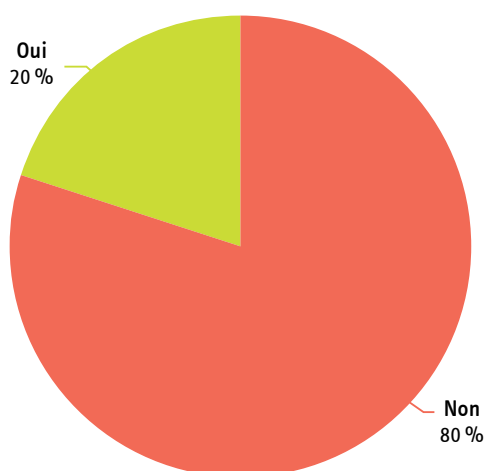
3. La conduite d'une démarche qualité

La définition et la mise en œuvre d'une politique d'amélioration continue de la qualité apparaissent de plus en plus investies par les directeurs des MDPH, notamment comme levier managérial.

Le lancement de démarches qualité s'est notamment concrétisé au moyen du déploiement du référentiel de missions et de qualité de service (RMQS³). Ainsi, en 2017, sur 88 MDPH, 80 % déclarent qu'il n'existait pas de démarche qualité avant la diffusion du RMQS. L'année 2017 marque une année particulière où cette démarche a été confortée ou initiée par la diffusion d'un outil d'autodiagnostic du fonctionnement des MDPH basé sur le référentiel de missions et de qualité de service (RMQS).

Existence d'une démarche qualité antérieure au RMQS

Échantillon : 88 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.

3. Réalisé en 2015, le RMQS constitue un socle commun de bonnes pratiques en MDPH coconstruit entre des associations représentantes des usagers, des représentants des MDPH, la Direction générale de la cohésion sociale et la CNSA. Il est annexé aux conventions pluriannuelles 2016-2019 signées entre la CNSA et chaque département.

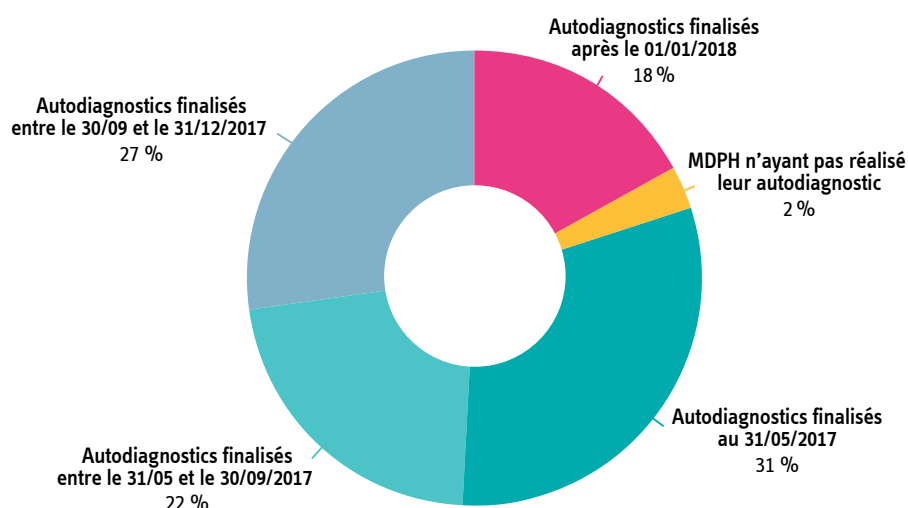
3.1 Une appropriation encore partielle de la démarche d'autodiagnostic du référentiel de missions et de qualité de service en 2017

Conformément à la convention pluriannuelle 2016-2019 signée entre les départements et la CNSA, le référentiel a été traduit en outil d'autodiagnostic diffusé aux MDPH en décembre 2016. Les MDPH ont, avec l'appui de cet outil, analysé leur fonctionnement au regard des exigences de qualité de service et pu définir une trajectoire d'amélioration de leur organisation pour certaines.

Sur la base du suivi réalisé auprès des MDPH tout au long de l'année 2017, on estime à 31 % le nombre de territoires ayant réalisé leur autodiagnostic avant la première échéance du 31 mai 2017 et à 49 % le nombre de territoires l'ayant réalisé entre cette date et le 31 décembre 2017. Finalement, 80 % des territoires ont réalisé leur autodiagnostic dans les délais impartis et la quasi-totalité des MDPH a réalisé son autodiagnostic. Seules les MDPH de Corse du Sud, dans le contexte de la mise en place de la collectivité de Corse, et de la collectivité de Saint-Martin n'ont pas réalisé leur autodiagnostic.

Périodicité de finalisation des autodiagnosics RMQS

Base : 104 territoires

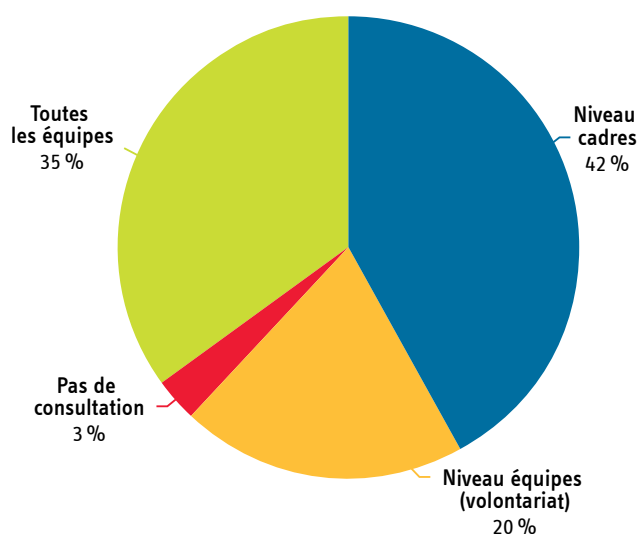


Source : CNSA, suivi du déploiement des autodiagnosics RMQS, 2018.

Si le principe de la démarche est jugé intéressant par plusieurs MDPH, les niveaux d'appropriation et d'investissement dans une démarche pleinement collégiale et pluridisciplinaire sont variables. Sur 64 MDPH ayant répondu :

- 35 % ont mis en place une démarche ouverte à tous les agents, cadres et équipes ;
- 20 % ont réalisé une démarche ouverte aux équipes, sans les cadres ;
- 42 %, soit la majorité, n'ont travaillé sur l'autodiagnostic qu'avec les cadres ;
- enfin, 3 %, soit 2 MDPH, n'ont pas consulté les équipes.

Périmètre de consultation dans le cadre de la démarche qualité
Échantillon : 64 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.

Pour certaines MDPH, la conduite de cette démarche a été jugée intéressante, un levier de management permettant de réfléchir à l'organisation et de réinterroger le sens des actions avec les professionnels.



MDPH de Guadeloupe (971)

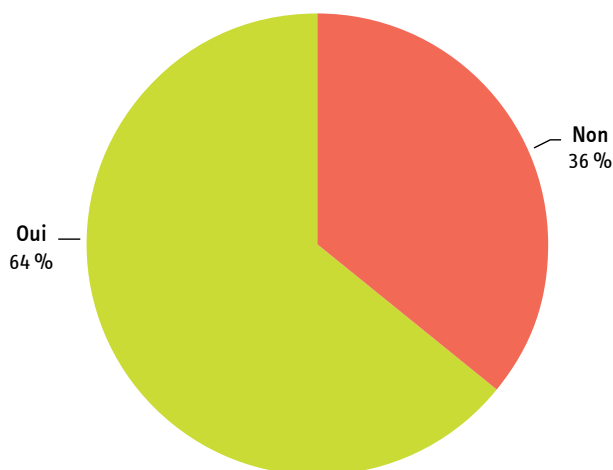
« L'autodiagnostic est un outil intéressant permettant de faire une photographie de la mise en œuvre des missions de la MDPH. Il permet de s'arrêter à un moment et de passer au scanner l'état d'accomplissement des missions et d'en tirer des conclusions d'amélioration. »

MDPH de l'Ardèche (07)

« Le RMQS a été utilisé comme un outil de management, les équipes ont été invitées à le compléter, évaluateurs et instructeurs se sont retrouvés, pour travailler ensemble sur le socle commun, et se sont trouvés impliqués dans une réflexion sur les pratiques professionnelles et sur les notions de qualité. »

Pour donner corps aux échanges et aux propositions formulées lors de l'autodiagnostic, ce dernier doit aboutir à la formalisation d'une feuille de route, plan ou trajectoire d'amélioration continue de la qualité. Cet outil centralise les objectifs, actions et moyens et échéances identifiés pour la correction des éléments à améliorer. En 2017, la majorité de MDPH, 64 % d'un échantillon de 80, a formalisé sa trajectoire d'amélioration de la qualité. L'analyse des rapports d'activité 2018 permettra de suivre la montée en charge de cette démarche.

Réalisation d'une feuille de route
(trajectoire d'amélioration de la qualité)
Échantillon : 80 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.

Les actions identifiées par les MDPH sont multiples et peuvent porter tant sur des outils à mettre en place que sur des éléments organisationnels à revoir.



MDPH de Dordogne (24)

« Certaines actions d'amélioration de la communication et de l'accueil ont pu être menées rapidement (refonte du livret d'accueil, améliorations du site internet). La territorialisation de l'accueil de premier niveau, confiée aux centres médico-sociaux du département, a permis d'offrir un accueil de proximité aux usagers ; son impact sur l'activité de l'accueil au siège est encore difficile à évaluer, mais une diminution de l'accueil physique est observée.

Les autres constats de l'autodiagnostic (limites de l'organisation actuelle par pôles) servent de base à la réflexion engagée en 2018 sur la réorganisation des services. »

MDPH de Seine-et-Marne (77)

« Les objectifs d'amélioration sont les suivants :

- développer une communication adaptée à certains publics (altération mentale, cognitive et visuelle) ;
- développer la participation à des actions de sensibilisation grand public ;
- adapter la signalétique externe et interne pour l'accueil à la MDPH ;
- améliorer l'accessibilité de l'accueil et des salles d'attente ;
- développer l'accueil de niveau 2 avec l'aide des associations.

[...] »

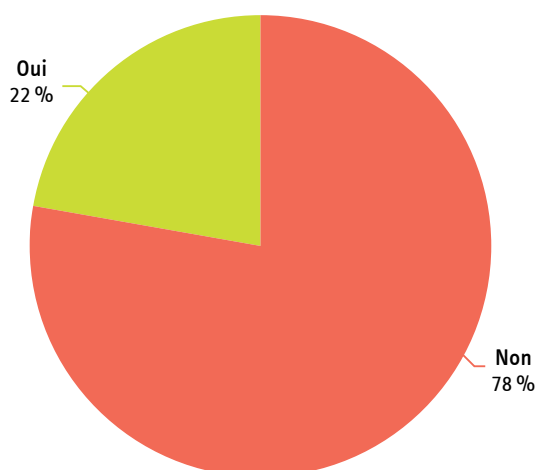
3.2 La mesure de la satisfaction des usagers

L'évaluation de la qualité de service par les usagers constitue l'une des principales briques de la démarche qualité : la qualité observée par les usagers doit alimenter la réflexion des MDPH sur leur fonctionnement dans le cadre de la démarche qualité.

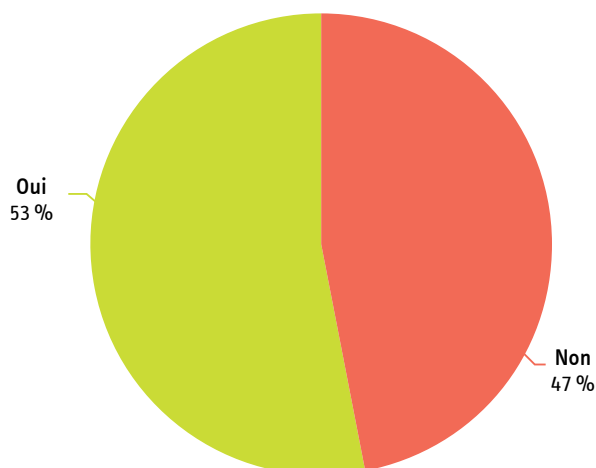
Un dispositif national de mesure de la satisfaction des usagers était en préparation en 2017. Sans attendre la mise à disposition d'outils nationaux par la CNSA, on peut noter que 19 MDPH ont déclaré disposer d'un dispositif de mesure de la satisfaction des usagers.

Parmi les MDPH qui ont précisé l'utilisation ou non de la MSU dans l'alimentation de la démarche qualité (soit 17 MDPH)⁴, un peu plus de la moitié d'entre elles (9 MDPH) utilisent effectivement cette mesure pour alimenter la démarche qualité et améliorer la qualité de service. Cette dynamique sera également analysée dans le cadre des prochaines synthèses nationales.

**Existence d'un dispositif
de mesure de la satisfaction des usagers (MSU)**
Échantillon : 87 MDPH



**La MSU a-t-elle été utilisée
pour alimenter la démarche qualité ?**
Échantillon : 17 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.

4. 2 MDPH, bien qu'ayant mis en place un dispositif de MSU, n'ont pas indiqué si ce dispositif a permis ou non d'alimenter la démarche qualité.

Retour d'expérience de la MDPH du Pas-de-Calais (62)

La mise en place de la démarche qualité s'est notamment appuyée sur la réalisation de l'autodiagnostic RMQS. Le référentiel de mission s'est avéré particulièrement intéressant pour guider la démarche d'analyse. En effet, le balayage exhaustif des missions de la MDPH a permis d'intégrer des questions qui n'auraient pas été traitées spontanément, d'attirer l'attention sur des aspects plus qualitatifs dans les missions de la MDPH.

La forme d'arborescence du référentiel est très opérante et permet de conduire la réflexion : « Un outil extrêmement facilitant, tous les présupposés méthodologiques sont sur la table ».

Le cadrage de la démarche au niveau national étant posé, au niveau local, l'autodiagnostic a été réalisé de manière autonome par la MDPH avec l'obligation de rendre compte à la commission exécutive (COMEX).

La démarche a été conduite par plusieurs groupes de travail représentatifs des différents composants métier :

- > 3 groupes de 7 ou 8 agents (dont les conseillers handicaps territorialisés), 2 axes du questionnaire chacun ;
- > 2 réunions par groupes + 1 réunion plénière.

Cette démarche offre aux agents une occasion rare de porter un regard général et objectif sur l'ensemble des missions de la MDPH, ce qui permet de « relever la tête et prendre un peu de hauteur sur le projet global. »

À ce stade, les partenaires de la MDPH n'ont pas été associés dans la conduite de la démarche. Ce point a été discuté, et ce choix a été fait dans le but de garantir le caractère de « démarche de questionnement interne à la MDPH ». Cette option facilite une appropriation ouverte et positive par les agents dans un climat serein qui évite les postures de justification.

Les points de vigilance

La démarche a donné lieu à la formalisation du diagnostic et à l'identification de pistes d'actions qui ont été présentées à la COMEX. Cependant, elles n'ont pas été retravaillées par la suite sous la forme d'un plan d'action pour différentes raisons :

- > des difficultés conjoncturelles importantes rencontrées en 2017 avec des projets importants en cours et la nécessité de mobiliser les équipes sur l'opérationnalité (actions de résorption de retards de traitement liés au basculement récent en gestion électronique des documents) ;
- > la perspective d'introduction du formulaire générique, qui amène à ouvrir une réflexion large sur la refonte du processus de traitement qu'elle implique.

Néanmoins, les conclusions de la démarche sont utilisées au fil de l'eau pour alimenter les décisions que la MDPH est amenée à prendre à court ou moyen terme. Ainsi, certaines pistes d'actions ont pu être engagées de manière concrète dans le cadre de chantiers autonomes ouverts par la MDPH depuis la réalisation de l'autodiagnostic.

Les perspectives

La pérennisation de la démarche est un enjeu important. À l'instar de l'enquête de satisfaction des usagers, il serait intéressant de définir un calendrier et une périodicité annuelle pour cette démarche. Par exemple, la réalisation d'un diagnostic complet tous les 2 ans et un point intermédiaire annuel.

Cet outil illustre positivement les attentes d'outillage et d'appui des MDPH vis-à-vis de la CNSA.

Il est un bon exemple du type de soutien qui peut être apporté et qui a permis, en l'occurrence, de rappeler les MDPH à leurs missions telles qu'elles ont été définies par le législateur et la réglementation.

Il serait intéressant de l'enrichir à présent en reliant les actions attendues ou préconisées dans l'arborescence à des exemples de bonnes pratiques constatées et à des retours d'expérimentations concrètes, qui permettraient d'enrichir la réflexion quant aux pistes d'action à retenir.

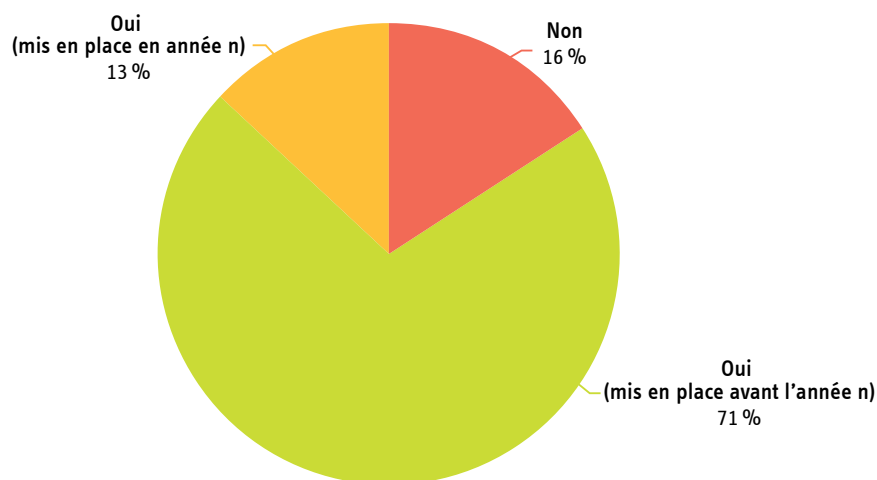
4. Le pilotage opérationnel des MDPH

4.1 La structuration du pilotage

La formalisation des processus métier au sein des MDPH

Sur les 86 MDPH de l'échantillon, 84 % (soit 72 MDPH) indiquent avoir formalisé leurs processus métier. 13 % indiquent l'avoir fait en 2017.

Part des MDPH ayant déclaré avoir formalisé les processus métier de leur MDPH
Échantillon : 86 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.



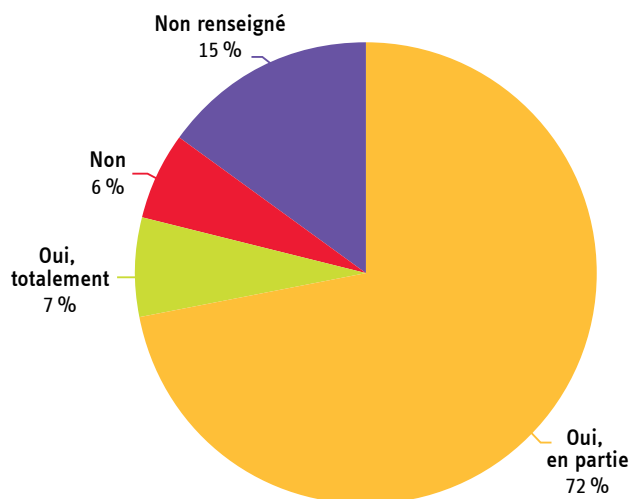
MDPH des Alpes-Maritimes (06)

« Recrutement d'un responsable du pôle modernisation pour déployer les nouveaux outils, actualiser les procédures et accompagner les agents au changement. »

Sur ces 72 MDPH, la **grande majorité (79 %)** juge la formalisation mise en place conforme à celle décrite dans le **tronc commun**. 7 % se déclarent en conformité totale. Pour 4 MDPH, la formalisation des processus actuels n'est pas conforme au tronc commun, soit 6 % de l'effectif total.

Part des MDPH déclarant leurs procédures métier conformes aux prestations du tronc commun des MDPH

Échantillon : 72 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.

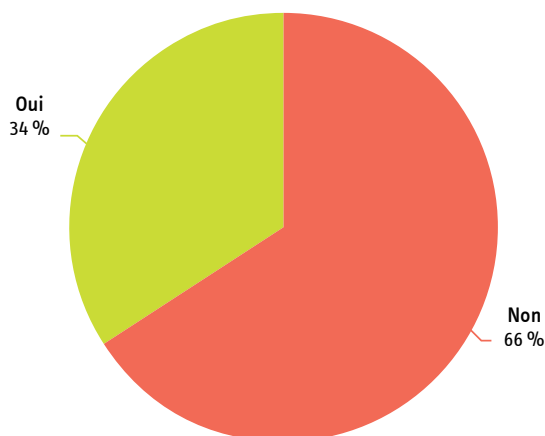
Lecture : Les « non renseignés » correspondent aux répondants ayant déclaré avoir formalisé leurs procédures sans avoir renseigné le degré de conformité aux prescriptions du tronc commun.

La formalisation d'un projet de service

Sur 83 répondants, un tiers des MDPH (soit 28) dispose d'un projet de service. Il est intéressant de noter que 9 projets ont été réalisés en 2016 et 2017 (3 en 2016, 6 en 2017), ce qui illustre les efforts menés pour améliorer les organisations et le fonctionnement.

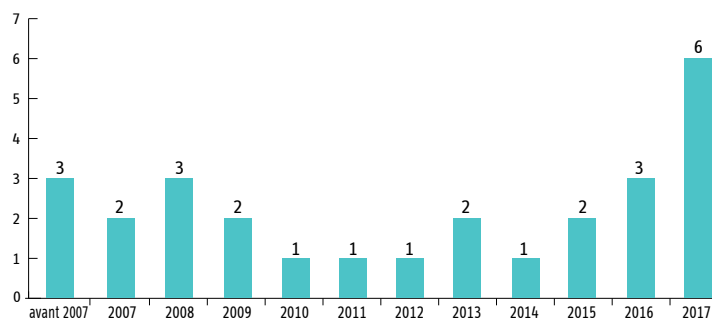
Part des MDPH ayant déclaré avoir un projet de service

Échantillon : 83 MDPH



Date de réalisation du projet de service

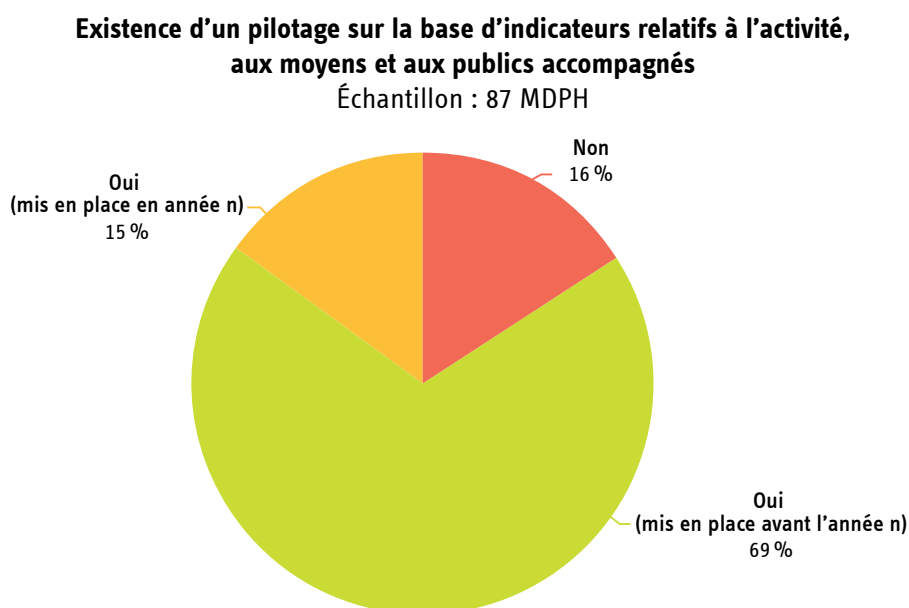
Échantillon : 28 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.

Le pilotage par les indicateurs d'activité, de moyens et relatifs aux publics accompagnés

Sur les 87 MDPH, 84 % assurent un suivi d'indicateurs relatifs à l'activité, aux moyens et aux publics accompagnés. Il apparaît que la structuration du pilotage se renforce. 15 % des MDPH déclarent avoir commencé à utiliser ces indicateurs en 2017. Seuls 16 % de l'échantillon, soit 14 MDPH, indiquent ne pas utiliser d'indicateurs de pilotage.



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.

Parmi les outils utilisés par les MDPH pour piloter, les répondants évoquent à plusieurs reprises l'utilisation de *business object* (BO – extracteurs de données) depuis les logiciels métiers.

De nombreuses MDPH se servent également de tableaux de bord qui sont alimentés soit manuellement à partir des données disponibles, soit automatiquement à partir des requêtes d'extraction de logiciels. Ces tableaux de bord permettent le suivi de l'activité, tant d'un point de vue qualitatif que quantitatif.

Les indicateurs de suivi les plus régulièrement cités par les MDPH sont les suivants :

- nombre d'accueils téléphoniques et physiques ;
- nombre de situations suivies dans le cadre de l'accompagnement des décisions ;
- nombre de demandes reçues et son évolution par prestations ;
- délai d'enregistrement des demandes par les instructeurs ;
- délai moyen de traitement ;
- nombre de demandes étudiées en équipe pluridisciplinaire d'évaluation ;
- nombre de décisions et avis pris par la CDAPH et son évolution ;

- nombre de décisions prises par type de prestation et son évolution ;
- évolution des demandes et par type ;
- évolution des délais de décision moyens, toutes prestations confondues et par type de prestations ;
- délai de traitement par étape d'évaluation ;
- délai de traitement par agent ;
- part des dossiers traités en circuit court ;
- délai moyen des dossiers en circuit court et en circuit long ;
- suivi de l'écart-type sur les délais.

Les tableaux de bord établis permettent de disposer d'une photographie et/ou de mesurer des évolutions à échéances régulières (le mois précédent par exemple). Ils sont décrits comme des outils d'aide à la décision.



MDA de la Manche (50)

« Les indicateurs de pilotage demandés au niveau national (enquêtes annuelles PCH ; AAH ; FDC [fonds départemental de compensation du handicap] et suivi de l'activité de la MDPH) permettent de disposer d'outils observation, de suivi et d'analyse de l'activité, permettant d'arbitrer les choix de pilotage de la direction. Ces indicateurs restent cependant à affiner.

Ces indicateurs sont produits directement *via* notre système d'information IODAS. Les requêtes internes utilisées pour le suivi de l'activité ou demandées pour arbitrer des choix de pilotage sont, depuis la fin d'année 2017, créées directement par deux agents de la MDA, et non plus par la Direction des systèmes d'information du département. Cette direction reste en appui pour la gestion des enquêtes nationales qui sont livrées par notre éditeur de logiciel, et pour un soutien technique pour des requêtes plus complexes. »

MDPH de la Haute-Marne (52)

« Nous suivons les indicateurs CNSA, mais aussi des indicateurs en interne sur le flux de dossiers en stock chaque fin de mois. Les taux d'accord ou de refus de la PCH. L'arrivée des demandes ayant un impact sur la charge de travail, mais aussi sur la disponibilité de l'équipe au niveau des projets en cours = Via Trajectoire, la GED, la RAPT, le SI MDPH bientôt. Plusieurs plannings de travail existent et sont faits en concertation pour les équipes, les visites médicales, ou la gestion des absences du personnel (congés). Il est important pour la Direction de savoir de quelles ressources humaines elle dispose au jour le jour, mais aussi 2 ou 3 mois en avance et avec précision. »

4.2 Le management, la formation et le soutien des professionnels

Les différentes formes de soutien des équipes (formation, management, supervision des pratiques...) sont déterminantes pour maintenir ou améliorer la qualité de service délivrée.



MDPH du Calvados (14)

« Le maintien des compétences des agents est plus que jamais nécessaire en raison d'une double contrainte :

- la technicité des tâches imposant un niveau de spécialisation toujours croissant au regard de la complexité réglementaire ;
- la nécessité d'une polyvalence, compte tenu de la taille relativement modeste de la MDPH. »

MDPH de l'Eure (27)

« La formation continue des agents constitue le moyen le plus adapté pour que l'ensemble des professionnels de la MDPH puisse développer leurs compétences afin, notamment, de pouvoir faire face à la complexité de leurs missions, d'améliorer le service rendu, mais également d'élargir leurs compétences dans le cadre de la dynamique de progrès que souhaite impulser la MDPH de l'Eure. »

Les formations destinées aux professionnels des MDPH sont variées et peuvent porter tant sur l'actualisation des connaissances que sur la mise en place de nouveaux outils ou méthodes.

Les formateurs mobilisés relèvent de différents statuts et interviennent dans plusieurs cadres. 73 % des MDPH de l'échantillon déclarent participer à des formations organisées par le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT), 63 % indiquent recourir à leurs partenaires et environ un quart de l'échantillon indique s'adresser spécifiquement à l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI – 23 %) et à l'institut régional du travail social (IRTS – 22 %). D'autres intervenants viennent d'associations partenaires, d'autres du conseil départemental...



MDPH du Gers (32)

« Trois grands axes et priorités de formations ont été définis dans le cadre du plan de formation triennal 2017/2020 :

- l'axe 1 : répondre aux évolutions réglementaires, adapter les organisations pour accompagner l'usager dans son parcours et répondre à ses besoins de compensation.
L'objectif premier est d'être au plus près de l'usager en déployant l'efficacité des services par le développement des connaissances autour des dispositifs et des politiques sociales et de santé, l'accompagnement à l'utilisation des moyens mis à disposition (systèmes métiers, outils d'évaluation...), le développement des techniques administratives, d'expression, de communication et relationnelles ;
- l'axe 2 : anticiper les besoins en ressources humaines à court et moyen termes en tenant compte des évolutions institutionnelles et législatives.
Cet axe a pour objectif de rentrer dans une démarche de gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences, gestion anticipative et préventive des ressources, en tenant compte des évolutions environnementales (mutations réglementaires, économiques, technologiques, sociales...) dans le but de favoriser l'accueil et l'intégration d'un nouvel agent, la mise en œuvre de formations d'intégration, prise de poste... ; d'optimiser le développement des compétences et permettre d'en acquérir de nouvelles tout au long de la carrière ; d'accompagner la prise de responsabilités, les articulations et les pratiques professionnelles ; de promouvoir la transférabilité des savoirs et des compétences dans un souci de continuité de service, de former des personnels ressources ; de préserver la santé et la sécurité au travail ;
- l'axe 3 : accompagner et valoriser le personnel dans son parcours professionnel tout en tenant compte des conjonctions d'intérêts entre MDPH et agent pour favoriser l'implication de l'agent dans un projet d'évolution professionnelle, l'aider dans la formulation de son projet et de l'accompagner dans son parcours selon les moyens disponibles ; d'identifier des passerelles entre les aspirations personnelles et le déploiement professionnel ; favoriser, le cas échéant, l'évolution de carrière vers la fonction publique : préparation et concours. »

MDPH de Vaucluse (84)

« De mai à décembre 2017 ; des formations ont été mises en place pour augmenter les compétences de tous les agents, de permettre les échanges pratiques de chaque agent, de décloisonner les services et de mettre en place une base d'informations communes.

Chaque thème est présenté en trois sessions, pour que chaque agent puisse y assister.

Chaque groupe est constitué d'une vingtaine de personnes maximum, ce qui facilite les échanges et ne perturbe pas la continuité de chaque service.

La durée d'une session est d'une heure et demie : une demi-heure de présentation et une heure d'échanges. Les thèmes qui ont été étudiés sont la carte mobilité Inclusion, les missions de la MDPH, le dossier de demande de compensation, les ESAT [établissements et services d'aide par le travail] avec la projection des films coordonnés par la MDPH. »

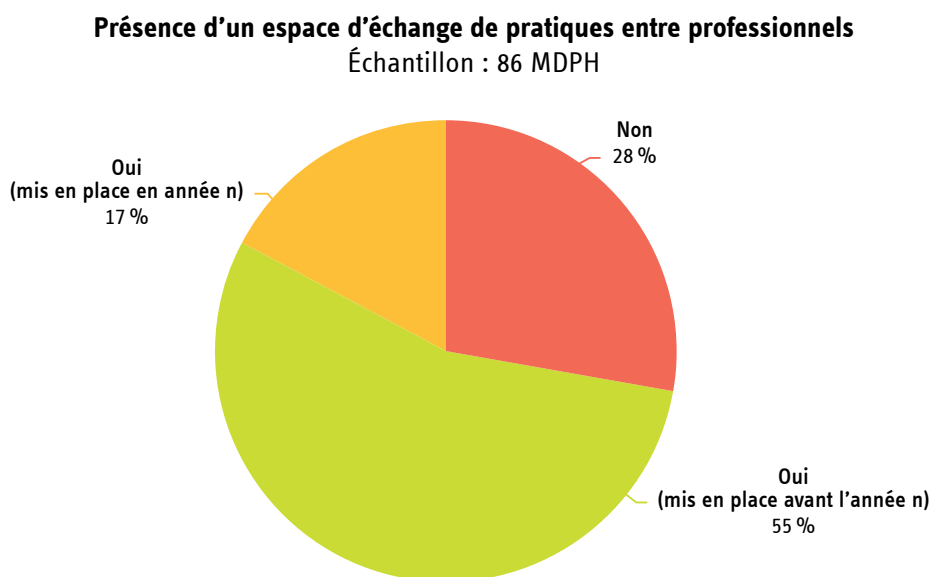
MDPH des Hauts-de-Seine (92)

« Formation interne à destination de tous les agents directement concernés par la RAPT ;

Plusieurs formations à destination de l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation : formation PCH, formation sur les "troubles cognitifs et des apprentissages de l'enfant né prématuré", formation sur les gammes de lève-personnes et sangles, stage fauteuils roulants électriques.

Formation interne à destination de l'ensemble des agents concernant le nouveau CERFA de demande acceptée à la MDPH 92 dès le 1^{er} septembre 2017. »

Les MDPH indiquent également avoir mis en place et développé des espaces d'échanges de pratiques entre professionnels. Sur les 86 MDPH ayant répondu à ce sujet, 72 % indiquent qu'il existe un espace d'échange de pratiques au sein de la MDPH. Parmi ces 72 %, 55 % indiquent que cet espace a été mis en place avant 2017 ; dans 17 % des cas il a été mis en place en 2017. 28 % des MDPH, soit 24 MDPH, n'ont pas mis en place d'organisation en ce sens.



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.

Ces temps d'échange permettent notamment aux professionnels de revenir sur un dossier, une situation vécue...

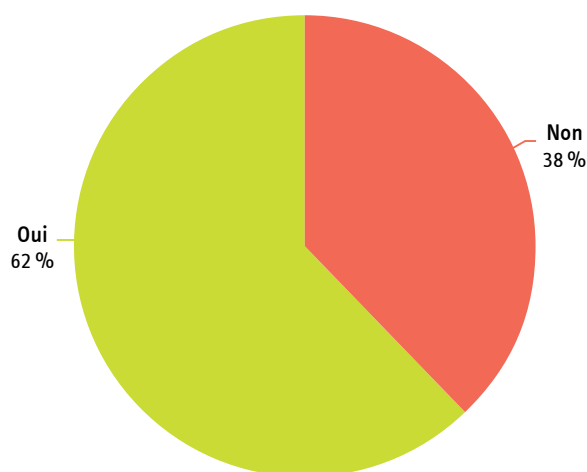


MDPH de la Drôme (26)

« Un médecin psychiatre anime mensuellement une séance d'analyse de la pratique en direction des équipes pluridisciplinaires adultes. »

Parmi les 78 MDPH ayant renseigné ce critère d'analyse, 62 % d'entre elles indiquent travailler à faire évoluer les modalités de management appliquées au sein de la MDPH.

Réalisation de travaux ou d'actions pour faire évoluer les modalités de management
Échantillon : 78 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.

Les travaux décrits dans les rapports d'activité sont divers. Ils peuvent par exemple porter sur l'implication des équipes dans le fonctionnement global de la MDPH, sur une meilleure association des professionnels aux processus décisionnels ou encore sur une autonomie fonctionnelle plus marquée.



MDPH de l'Aube (10)

« Le positionnement des cadres et leur participation directe au pilotage de la MDPH ont évolué. En effet "l'équipe de direction" est désormais un lieu d'échange, de concertation et de co-construction des orientations fonctionnelles et stratégiques de la MDPH. Le directeur ne pouvant être directement présent et acteur sur tous les sujets et projets impliquant la MDPH, une large délégation aux cadres de la MDPH est nécessaire afin de pouvoir répondre aux multiples exigences des différentes missions. Des préparations et concertations préalables sont parfois nécessaires pour préciser les limites des positions institutionnelles, ou coconstruire la réponse à apporter. »

MDA de la Mayenne (53)

« Le management de la MDA [maison départementale de l'autonomie] de la Mayenne se fonde sur la confiance et la responsabilisation des agents. Un travail de "déverrouillage" a été mené en parallèle pour permettre aux initiatives de se développer et favoriser une meilleure circulation de l'information. La culture du double voire triple contrôle qui préexistait a été révisée afin de permettre plus de réactivité et de redonner du sens au travail de certains collaborateurs. »

L'heure est désormais au développement des méthodes agiles, en accompagnement de la transformation numérique de la maison départementale de l'autonomie. Il s'agit aussi d'anticiper la profonde mutation des métiers au sein de la MDPH pour plus d'accompagnement humain des usagers et moins de traitement administratif de "dossiers". »

MDPH de la Creuse (23)

« Temps d'échanges pluridisciplinaires bimensuels pour l'ensemble des membres de l'EP [équipe pluridisciplinaire]. Objet : développer une culture commune en vue améliorer la qualité de l'évaluation et l'équité de traitement. Réunions de service bimensuelles avec l'ensemble des agents MDPH sur l'organisation de la MDPH, le suivi des chantiers, l'évolution de la réglementation... »

MDPH de la Réunion (974)

« L'évolution des métiers et de l'organisation, au regard des objectifs du RMQS, de l'arrivée du nouveau formulaire de demande et du futur SI harmonisé ainsi que de la mise en œuvre [de la] démarche RAPT, impactera fortement notre organisation qui devra sans doute se préparer :

- à spécialiser ses compétences par demande/parcours dominant jusqu'au processus décisionnel ;
- à accorder une place encore plus centrale aux personnes handicapées et à leur famille tout au long de leur parcours ;
- à apprendre à coconstruire des solutions/réponses avec plus forte coopération avec les acteurs du réseau social, médico-social et sanitaire ;
- à renforcer sa capacité d'accompagner les parcours humains sur chacune de nos missions.

L'approche managériale devra s'ajuster à ces enjeux globaux, mais aussi aux besoins plus individuels des professionnels les plus en difficulté. Elle devra s'efforcer de donner une visibilité continue sur les changements stratégiques à venir aux équipes et partenaires, de promouvoir la coopération renforcée à tous les niveaux de nos interventions et enfin de développer une offre de formations individuelles ou collectes adaptées aux besoins des équipes. »

4.3 L'animation d'une démarche partenariale active

Conçues pour être des guichets uniques, les MDPH peuvent jouer un rôle d'assembleur des interventions des acteurs de l'accompagnement des usagers. Le travail d'accompagnement des parcours de vie des usagers mobilise des partenaires multiples, dans des environnements variés, tant sanitaires, médico-sociaux, sociaux que du milieu ordinaire.

La qualité de la dynamique partenariale est ainsi cruciale pour la qualité du service rendu. Les MDPH soulignent l'importance de maintenir la qualité des partenariats et de poursuivre leur développement pour assurer la qualité de l'accompagnement des personnes.



MDA de Maine-et-Loire (49)

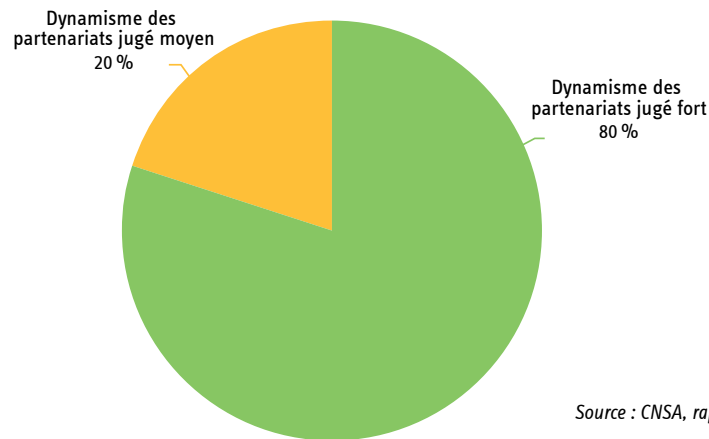
« Il est nécessaire pour le bon fonctionnement de la MDPH/MDA et la qualité des réponses à l'utilisateur, de maintenir et poursuivre le développement du partenariat local avec les acteurs divers et nombreux qui interviennent dans le champ du handicap. »

La perception de la dynamique partenariale par les MDPH

Sur les 84 MDPH de l'échantillon, 80 % jugent « fort » le dynamisme des partenariats engagés sur leur territoire. Si l'on peut souligner qu'aucune MDPH ne l'estime faible, 20 % des MDPH de l'échantillon le caractérisent comme « moyen ».

Perception de la MDPH sur le dynamisme des partenariats

Échantillon : 84 MDPH



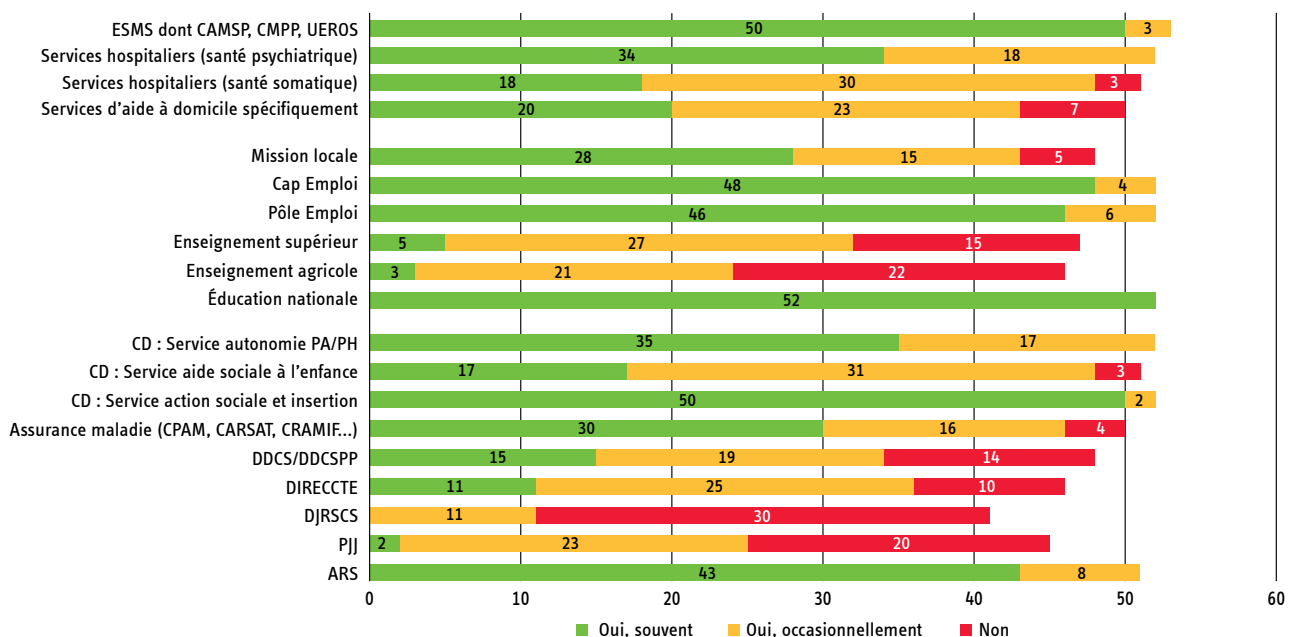
Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.

Les MDPH citent comme principaux partenaires l'Éducation nationale, les établissements et services médico-sociaux, les acteurs de l'emploi (Cap Emploi, Pôle Emploi...), les services du département dédiés à l'action sociale et à l'insertion, ainsi que ceux de l'autonomie au service des personnes âgées et handicapées.

Les partenaires les moins cités sont les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DJRSCS), la DIRECCTE et les DDSC/DDCSPP (direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations), en dépit de la présence fréquente de ceux-ci dans les instances de gouvernance des MDPH (COMEX). En outre, les MDPH déclarent avoir peu de relations avec la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), l'enseignement agricole et l'enseignement supérieur, bien que ces acteurs puissent intervenir dans les parcours de vie des personnes.

Fréquence de mobilisation des acteurs dans le cadre de partenariats

Échantillon : entre 41 et 53 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.

Ces acteurs sont mobilisés principalement dans le cadre des missions d'accueil et d'information. En cohérence avec les processus métier des MDPH, l'Éducation nationale, les services du conseil départemental, l'assurance maladie et les acteurs du service public de l'emploi sont également mobilisés lors des phases d'instruction et d'évaluation.

La formalisation des partenariats dans des conventions

La formalisation des partenariats est une bonne pratique pour clarifier et acter les engagements de chaque partenaire ainsi que pour assurer la continuité des partenariats au-delà des relations interpersonnelles entre professionnels.

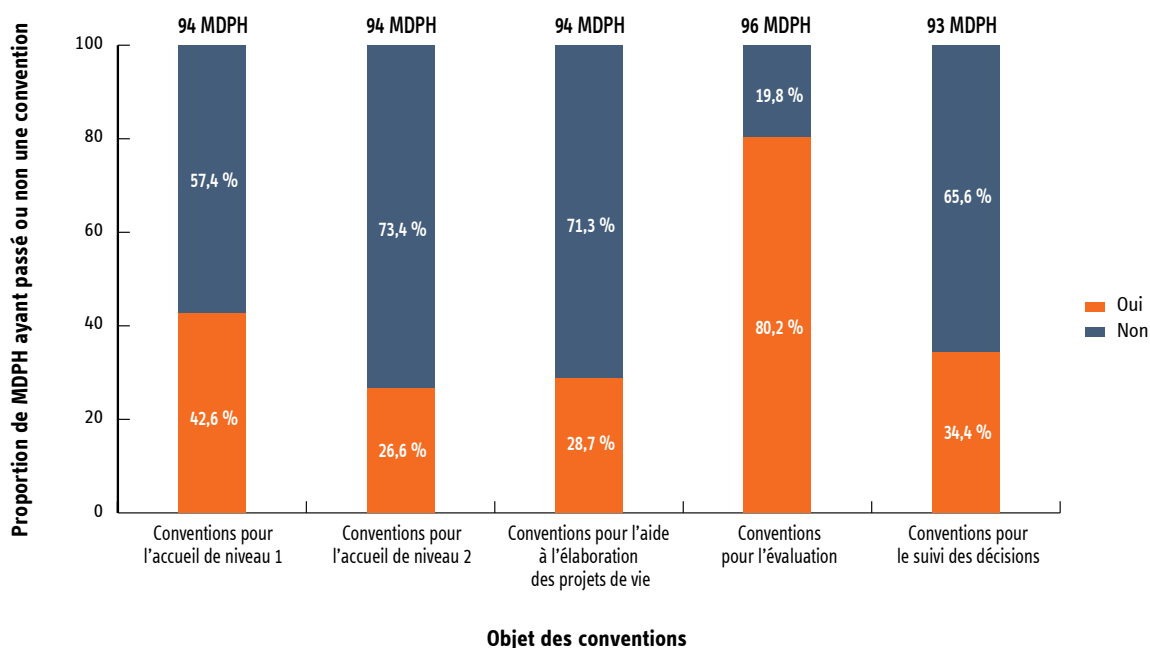
80 % des MDPH déclarent avoir conclu des conventions avec des partenaires dans le cadre de leur mission d'évaluation. Les partenaires cités sont variés (ESMS, centres de médecine physique et de réadaptation – CMPR, professionnels libéraux, PCPE...), et ces conventionnements encadrent le plus souvent leur participation à l'évaluation.

La mise en place de conventions n'est cependant pas systématique et reste moins répandue pour les autres missions réalisées en coordination avec les acteurs locaux.

Conventions en vigueur en 2017 passées avec des partenaires par mission de la MDPH

Échantillon : entre 93 et 96 MDPH

- 42,6 % des MDPH ont passé au moins une convention pour l'accueil de niveau 1, et la grande majorité des MDPH (80,2 %) a passé une ou plusieurs conventions pour l'évaluation.
- 68,8 % des MDPH ayant une convention en vigueur pour l'évaluation disposent également d'une convention pour d'autre(s) objet(s) que l'évaluation.
- Près de 1 MDPH sur 9 (87,5 %) a au moins une convention en vigueur avec un partenaire extérieur, quel que soit son objet (échantillon : 96 MDPH).



Retour d'expérience de la MDPH de Dordogne (24)

La MDPH est au cœur d'un réseau partenarial important, et son action est nécessairement coordonnée avec les acteurs de terrain.

Les liens de proximité qui peuvent exister sont des éléments facilitateurs importants dans la mise en place d'une communication et d'une coordination efficaces. La MDPH qui est installée au sein de la cité administrative est ainsi en lien direct avec le conseil départemental et l'Éducation nationale. Les liens avec cette dernière étant également renforcés par la présence d'un enseignant spécialisé mis à disposition et qui, en tant que responsable du pôle enfant, assure le lien avec son corps d'origine.

Pour autant, la mise en place de conventions de partenariat n'est pertinente que dans le cadre d'une dynamique active pour faire vivre ces dernières. Par exemple :

- > L'Éducation nationale : les liens ne sont pas formalisés par une convention, « on traverse la cour », mais sont effectifs, notamment avant la rentrée scolaire, période pendant laquelle les temps d'échange sont nombreux ;
- > L'ARS, les caisses de protection sociale : ces acteurs sont mobilisés dans le cadre des groupes opérationnels de synthèse lors de la gestion des situations complexes et de la mise en place des PAG.

Par ailleurs, un adossement fort au conseil départemental permet de bénéficier de son réseau de partenariats.

Le lien avec les associations gestionnaires et les établissements est également important. Aussi une réunion annuelle est organisée sur la révision des orientations qui arrivent à échéance avec les ESMS enfant. Ce temps d'échange permet de discuter avec les structures de leur projet d'établissement/de service, de leur positionnement...

Le partenariat est actif avec les centres de rééducation professionnelle-centres de préorientation (CRP-CPO) du territoire. Ces derniers ont mis en place des outils d'évaluation adaptés et permettent une pré-évaluation en amont d'une notification. Ces partenaires sont aujourd'hui engagés dans une démarche de « préorientation » qui va se renforcer avec l'inscription de ce lien dans le cadre des futurs CPOM.

Les points de vigilance

Le lien avec les acteurs peut être variable d'une année sur l'autre en fonction des moyens disponibles, des agendas... La communication est essentiellement réalisée de personne à personne ce qui facilite la souplesse des échanges, mais peut également être handicapant lors du départ d'un professionnel.

Par exemple, le lien avec les partenaires mobilisés pour l'emploi est aujourd'hui limité : jusqu'en 2015, un référent insertion professionnelle détaché de Pôle Emploi était positionné à la MDPH. Il facilitait le lien entre les professionnels de la MDPH et les acteurs de l'insertion professionnelle ; or, depuis son départ, la communication entre les acteurs est plus faible.

Les perspectives

La question de la disponibilité de la MDPH et des acteurs pour faire vivre les partenariats est centrale. De nombreuses démarches de coordination sont aujourd'hui engagées (MAIA, PCPE...), et la MDPH a vocation à s'inscrire en lien avec ces dispositifs.

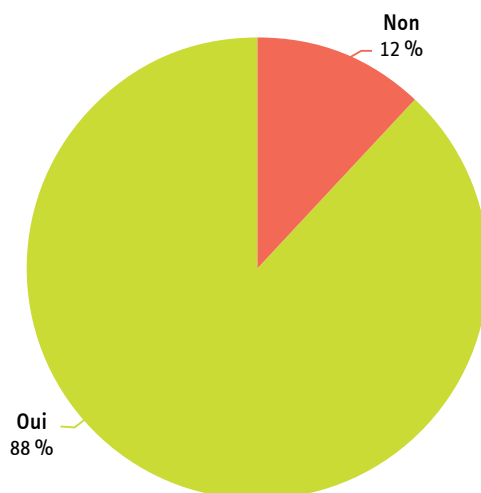
À l'image de son positionnement dans le cadre de la réponse accompagnée pour tous, la MDPH pourrait avoir une place de coordinateur, d'assembleur des différents partenaires.

En ce sens, la MDPH, par son identification sur le territoire et l'expertise de ses professionnels, pourrait être positionnée comme un pôle ressource. Elle pourrait ainsi intervenir davantage en soutien des services d'accompagnement et d'aide à domicile (SAAD) ou des ESMS à travers des temps d'échange ou de conseil, par exemple en amont de la dégradation de situations complexes. Le frein principal à ce positionnement est celui du temps et des moyens disponibles à la MDPH.

Le travail de partenariat avec l'aide sociale à l'enfance et la protection judiciaire de la jeunesse

Si le partenariat avec la PJJ reste faible, 88 % des MDPH (75 sur 85 ayant répondu) indiquent travailler sur l'évolution de l'offre avec les services départementaux de l'aide sociale à l'enfance ou avec la protection judiciaire de la jeunesse.

Nombre de MDPH ayant déclaré conduire des travaux d'évolution de l'offre avec l'ASE et la PJJ
Échantillon : 85 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.



MDPH de Paris (75)

« Une partie importante des relations de partenariat a consisté, comme les années précédentes, en des rencontres, réunions de présentation à l'attention de professionnels qui accompagnent des demandeurs, que ce soit dans le secteur sanitaire ou dans le secteur social. Il convient de signaler aussi la poursuite de la structuration des relations avec l'ASE. »

MDPH des Landes (40)

« Participation à l'étude menée par le CREAI [centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité] visant aboutir à favoriser une meilleure coopération entre les services de l'aide sociale à l'enfance et des MDPH pour apporter des réponses aux besoins des enfants en situation de handicap et confiés à l'ASE. »

MDPH de la Sarthe (72)

« Projet "Passerelle" pour les jeunes en situation de handicap et relevant de l'ASE. »

2 Les différents modèles organisationnels des MDPH

1. Une démarche de territorialisation engagée pour une majorité de MDPH

Pour les MDPH et les MDA, la territorialisation désigne le fait de mailler le territoire départemental d'antennes et de permanences pour améliorer l'accès à la MDPH et la couverture des territoires fragiles.

La territorialisation revêt diverses formes selon le contexte local, les relations partenariales ou encore le niveau d'intégration entre les services des MDPH et des conseils départementaux. L'analyse des rapports d'activité permet d'identifier plusieurs modèles de territorialisation, inchangés depuis plusieurs années :

- l'ouverture d'antennes propres à la MDPH sur le territoire : le personnel des antennes est celui de la MDPH, la MDPH gère en propre ces antennes ;
- la présence d'agents de la MDPH au sein de structures territoriales relais (structures du conseil départemental, établissements...) ;
- l'appui sur des partenaires locaux, la plupart du temps pour un accueil et une information généralistes : centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (CCAS-CIAS), centres médico-sociaux (CMS), unités territoriales d'action sociale (UTAS) ou encore maisons de services au public (MSAP).

Les MDPH qui ont adopté une organisation territorialisée sont nombreuses. Ainsi en 2017⁵, 52 MDPH déclarent avoir mis en place une organisation territorialisée, contre 43 en 2016. Néanmoins, selon les départements, ces organisations territorialisées revêtent des réalités différentes.

Certaines MDPH font le choix de mettre en place une ou plusieurs antenne(s) territoriale(s) pour se faire le relais du site principal. En 2017, 45 MDPH⁶ ont ainsi une ou plusieurs antennes. Le nombre d'antennes est variable et oscille entre 1 et 58 unités (pour la métropole de Lyon) ; 12 MDPH ont plus de 10 antennes sur leur territoire.

Pour les MDPH qui ne souhaitent pas installer et animer une antenne, il est néanmoins possible de mettre en place d'autres organisations pour faciliter l'accès des usagers à leurs services. Aussi, 24,5 % des MDPH animent des temps de permanence dans d'autres lieux d'accueil que le siège.

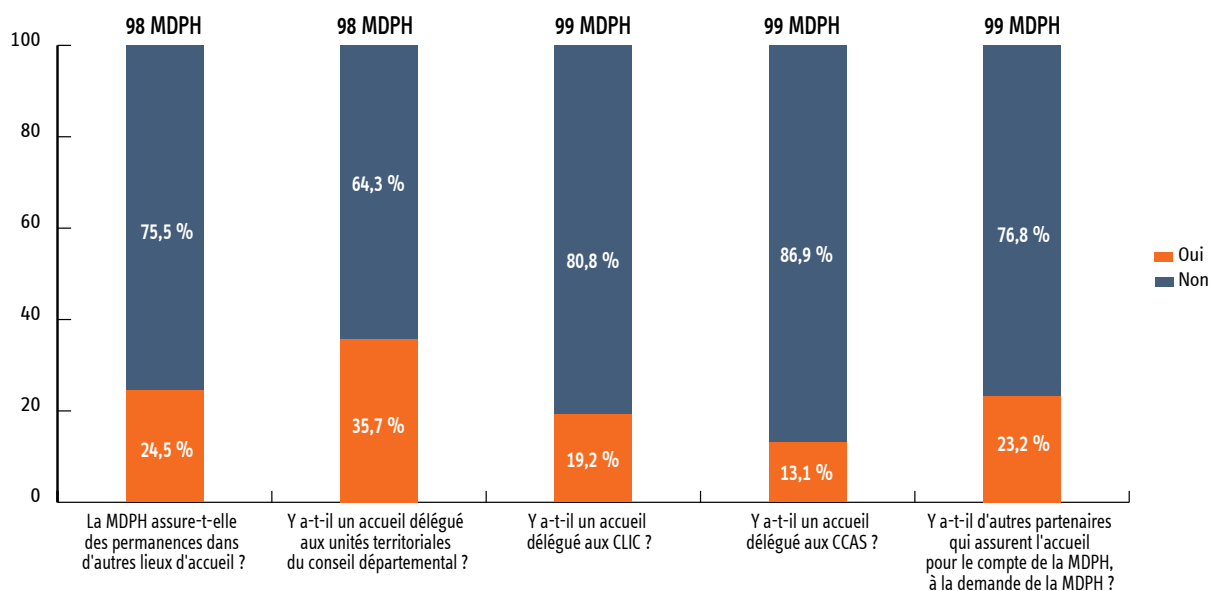
5. Sur un échantillon de 85 MDPH ayant répondu.

6. Sur un échantillon de 100 MDPH ayant répondu.

Par ailleurs, les MDPH peuvent également s'appuyer sur leurs partenaires pour assurer ces accueils décentralisés. Les conseils départementaux sont ainsi les principaux partenaires mobilisés (35,7 %), devant les centres locaux d'information et de coordination (CLIC – 19,2 %) et les CCAS (13,1 %).

Organisation territoriale de l'accueil en 2017

Échantillon : entre 98 et 99 MDPH



Source : CNSA, échanges annuels 2017.



MDPH de l'Aisne (02)

« Les relais-contacts sont des extensions à part entière de la MDPH sur le territoire et jouent un rôle essentiel sur les territoires auprès d'un public sensible. Les compétences de ces partenaires qui sont des CCAS, des CLIC ou des associations, apportent par ailleurs une complémentarité dans l'aide et le soutien apportés à la personne pour l'aiguiller également vers le bon interlocuteur. [...]

D'ores et déjà, des réunions trimestrielles sont organisées à la MDPH avec les relais-contacts pour développer le lien, apporter de l'information sur les dispositifs et sur les nouvelles réglementations. Faire connaître la MDPH et ses contraintes, pour que nos partenaires territoriaux puissent les appréhender et être de véritables "ambassadeurs" de la MDPH est un élément important. La communication est un axe indispensable sur lequel il faut travailler, y compris afin de développer de nouveaux accueils territoriaux. »

MDPH de la Marne (51)

« La territorialisation s'exprime par la tenue de permanences décentralisées, notamment une chaque jour à Reims, secteur le plus peuplé de la Marne. Il est évident que la proximité est appréciée des usagers notamment au regard des difficultés à joindre la MDPH par téléphone ; les permanences en milieu rural sont également importantes cette fois-ci compte tenu des problématiques de mobilité de populations en marge.

Pour autant, le dispositif actuel peut être amélioré en développant des points d'information de premier niveau sur une amplitude plus grande. Pour ce faire, l'axe retenu est de mieux valoriser le maillage des acteurs sociaux de terrain, et notamment les CCAS, CLIC et MSAP. Une action va être engagée à la rentrée 2018 pour solliciter ce réseau concomitamment aux réflexions permettant aux usagers d'être plus autonome dans leurs démarches avec le développement des services. »

Il semble cependant qu'une stratégie ciblée sur les territoires fragiles ne soit pas nécessairement priorisée, les MDPH s'attachant à structurer l'accès aux services par bassin de vie. Sur les 83 MDPH ayant renseigné la donnée, 29 ont indiqué participer à la définition des schémas locaux d'accessibilité des services au public⁷.

La territorialisation des activités des MDPH et des MDA varie selon les missions. Les plus fréquentes sont les missions d'accueil (52 %) et d'information (45 %). La mission d'évaluation est territorialisée pour 29 % de l'échantillon. Les missions d'instruction et de recours, médiation et conciliation ne sont que peu territorialisées et restent principalement réalisées par la MDPH à un niveau départemental.

	Information	Accueil	Instruction	Évaluation	Suivi des décisions	Recours, médiation, conciliation
Nombre de MDPH ayant territorialisé cette mission	41	48	9	27	17	8
Part des MDPH ayant territorialisé cette mission	45 %	52 %	10 %	29 %	18 %	9 %

Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017, 92 MDPH.

La mise en place d'accueils territorialisés, que ce soit en gestion directe par la MDPH ou sous une forme partenariale, est jugée par les MDPH comme déterminante pour l'accès des personnes à leurs droits. Cette présence locale permet un lien de proximité entre les usagers et les professionnels qui développent alors une connaissance plus fine de leur territoire d'intervention :

- offre de service disponible ;
- partenaires mobilisables ;
- modalités d'accès à la compensation du handicap.



MDPH de l'Aube (10)

« Depuis 2007, la création d'antennes locales de la MDPH dans les centres médico-sociaux du département dotés d'une équipe d'accueil spécialisée a permis de rapprocher les lieux d'information et de dépôt des demandes du lieu de vie des populations les plus éloignées des zones urbaines. La MDPH affecte dans les 7 circonscriptions d'action sociale du département un travailleur médico-social membre de l'équipe pluridisciplinaire, chargé des évaluations, de l'accompagnement des usagers, du suivi des décisions et du plan personnalisé de compensation.

L'utilisation en local du SI de la MDPH (avec des droits et habilitations adaptés) permet de mettre à disposition des équipes des antennes, les informations nécessaires aux usagers et de disposer en retour de données d'activité consolidées. »

La mise en place d'un fonctionnement territorialisé nécessite de porter une attention particulière à l'harmonisation des pratiques professionnelles entre les différents lieux d'accueil pour assurer un niveau de qualité de service égal pour tous les usagers.

7. Prévus par la loi NOTRe, ces schémas doivent être réalisés depuis le 1^{er} janvier 2016 conjointement par les préfets et les conseils départementaux pour améliorer l'accessibilité des services au public

À ce titre, plusieurs MDPH ont souligné dans leur rapport d'activité la nécessité de mettre en place des circuits de communication efficaces entre le siège et les déclinaisons territoriales, notamment à travers le déploiement d'outils et de mode de communication adéquats, mais également à travers des temps de coordination entre les professionnels.



MDPH des Landes (40)

« Le développement du maillage territorial est très important. Il répond à l'un des principes posés lors de la création de la MLPH : celui de la proximité envers notre public. Proximité d'autant plus prégnante à développer qu'une importante part de nos bénéficiaires rencontre des problèmes de mobilité.

C'est la raison pour laquelle nous avons territorialisé :

- l'accueil et l'information avec la création de cinq antennes de la MLPH tenues par des personnels de la MLPH [maison landaise des personnes handicapées] et le développement de partenariat avec les trois CLIC du département et une centaine de CCAS et CIAS ;
- l'évaluation avec fixation de résidence administrative en dehors du siège de la MLPH pour 3 membres de l'équipe pluridisciplinaire ainsi que pour l'organisation des visites médicales ;
- la prise de décision et les recours avec territorialisation de la CDAPH sur deux sites : Mont-de-Marsan et Saint-Paul-lès-Dax. »

MDPH de Moselle (57)

« Avantages : la territorialisation permet de mailler le territoire et ainsi de repérer les situations urgentes. Par ailleurs, une véritable approche globale de l'utilisateur dans son environnement peut être réalisée en lien avec les partenaires.

Difficultés : un point de vigilance sera tout particulièrement porté sur l'équité de traitement sur les territoires dans le cadre de la mise en place de la territorialisation.

Levers identifiés : des réunions régulières entre les territoires et la MDPH ont permis de réguler et de synchroniser les modalités de travail entre les services de la MDPH. »

MDPH du Nord (59)

« Apporter plus de proximité à l'utilisateur, améliorer le suivi et apporter une meilleure lisibilité du parcours de l'utilisateur. Renforcer le partenariat et l'inclusion dans le département.

Conséquences organisationnelles, nécessité de travailler sur l'harmonisation des pratiques d'où la création d'un service harmonisation avec des chargés de mission thématiques.

Une délibération départementale du 22 mai 2017 a défini la politique de l'accès à l'autonomie et a démontré la volonté politique de mettre en place une MDA, porte d'entrée unique pour les personnes en perte d'autonomie (qu'elles soient âgées ou en situation de handicap), de cette volonté découle la "réactivation" du projet TANDEM associant la MDPH et le département. »

Focus sur la territorialisation dans l'Eure

Dans l'Eure, l'évaluation de la PCH aide humaine est confiée aux CLIC (depuis la mise en place de la prestation). Dans ce département, les CLIC sont intégrés au conseil départemental. Les trois CLIC présents sur le territoire interviennent au bénéfice des personnes âgées et des personnes en situation de handicap avec des missions d'accueil, d'évaluation et d'accompagnement. L'un des CLIC s'avère toutefois plus orienté vers les personnes âgées et effectue moins d'accueil et d'accompagnement au bénéfice des personnes handicapées. Les professionnels réalisant l'évaluation de la PCH aide humaine sont de profils divers (CESF [conseillers en économie sociale et familiale], AS [assistants de service social], infirmiers). Toutes les demandes de PCH aide humaine (premières demandes, renouvellements, révisions) font l'objet d'une visite à domicile.

Lorsqu'une PCH aide technique ou aménagement du logement est associée à une demande de PCH aide humaine, ce sont prioritairement les ergothérapeutes de la MDPH qui vont à domicile et qui réalisent l'évaluation pour l'ensemble des volets. Il n'existe pas de visite en binôme entre les professionnels du CLIC et les ergothérapeutes de la MDPH.

Lors d'une demande de PCH aide humaine, la MDPH fait une demande *via* une fiche auprès du CLIC concerné. Les agents du CLIC retournent ensuite leur évaluation dans un document GEVA-compatible. Les CLIC ont accès à certains éléments figurant dans le système d'information de la MDPH.

La MDPH se tient à la disposition des CLIC pour essayer de leur apporter des réponses lorsqu'ils ont des interrogations. Des temps de réunion sont organisés avec les CLIC, notamment lorsque de nouveaux guides CNSA paraissent.

L'enjeu est d'assurer une homogénéité des pratiques d'évaluation entre les différents CLIC. Aussi, un représentant de CLIC participe systématiquement aux équipes pluridisciplinaires. Un roulement a été mis en place. Cela participe à l'harmonisation des pratiques, qui est également recherchée directement au sein de chaque CLIC.

Une des forces de ce mode d'organisation est que les agents des CLIC ont une connaissance fine du territoire sur lequel ils interviennent, qu'ils sont identifiés comme personne ressource par les usagers et sont des relais locaux. Cela permet une action de proximité qui limite les temps de déplacement des évaluateurs.

2. Les choix organisationnels des MDPH

2.1 Des typologies de structuration interne variées

Les MDPH présentent de grandes diversités de fonctionnement et de structuration.

Les rapports d'activité permettent toutefois de distinguer deux grandes typologies d'organisation des pôles, par dominante métier ou par thématique :

- l'organisation par métier : la MDPH structure ses pôles autour des grandes étapes du parcours d'une demande : accueil – instruction – évaluation – décision. C'est une organisation adoptée par 54 MDPH des 75 ayant répondu ;
- l'organisation par thématique (qui peut correspondre à une organisation autour de certaines prestations – ex. : PCH) ou par public : le fonctionnement interne de la MDPH est organisé autour de pôles thématiques (scolarisation, insertion professionnelle, vie quotidienne...). 16 MDPH sur 75 se sont organisées de cette façon.

Ces modes d'organisation sont aujourd'hui en pleine évolution en raison des recherches d'optimisation des MDPH, des projets de MDA, de la mise en œuvre du nouveau formulaire de demande, du tronc commun du métier des MDPH ou encore de la réponse accompagnée.

Ainsi, plusieurs MDPH questionnent de nouveau les organisations par métier dans leur rapport d'activité. Celles-ci leur semblent moins adaptées aux nouvelles modalités de traitement des demandes (générique ou par prestations) liées à la mise en place du nouveau formulaire qui nécessite, sur la recommandation de la CNSA, une analyse de la situation de l'usager tôt dans le parcours de son dossier, dès l'accueil et l'instruction, et la transmission du dossier aux équipes adéquates par dominante de projet de vie.



MDPH du Finistère (29)

« Cette organisation ne correspond plus à l'évolution des demandes à la MDPH. En effet, aujourd'hui, par dossier il y a au moins 2 demandes distinctes. L'organisation d'aujourd'hui oblige à ouvrir le dossier plusieurs fois pour traiter les demandes distinctes. L'objectif de demain est de pouvoir traiter le dossier globalement dans une seule équipe pluridisciplinaire intégrant le volet administratif et évaluation. »

MDPH du Jura (39)

« L'organisation en pôles par type de prestation permet un traitement individualisé des demandes et une bonne connaissance des dispositifs spécifiques par les agents. Toutefois, cela présente le désavantage d'un manque de vision d'ensemble et entraîne un faible sentiment d'appartenance à l'institution. »

MDA du Morbihan (56)

« L'organisation de la MDA est actuellement structurée autour de trois pôles ayant chacun un fonctionnement propre, permettant une spécialisation forte ainsi qu'un traitement pertinent et efficace des demandes, ce qui se traduit au niveau des bons délais moyens de traitement. Cependant, cette organisation touche à ses limites sur les logiques de parcours et de RAPT qui sont amenées à se démultiplier et qui nécessitent un décloisonnement fort des équipes ainsi qu'une approche d'ensemble des usagers. Le déploiement du SI MDPH sera l'occasion de revoir cette organisation. »

Plusieurs MDPH ont indiqué dans leur rapport d'activité avoir travaillé à une importante refonte de leur modèle de fonctionnement pour rendre le circuit de la demande plus efficient dans une logique d'analyse globale des besoins de la personne.

Ce mode d'organisation permet de rapprocher les agents autour de l'analyse de la situation des personnes partageant des problématiques communes (enjeu d'organisation de la vie quotidienne à domicile, enjeu de la prise en charge et de l'accompagnement dans le parcours de scolarisation, d'insertion professionnelle ou dans l'orientation vers un établissement spécialisé, par exemple). Le rapprochement des métiers d'instruction et d'évaluation, d'accueil et d'instruction voire, plus rarement, d'accueil et d'évaluation est jugé positif par les MDPH. Ce rapprochement permet d'améliorer la complétude des dossiers et la connaissance des réseaux partenariaux par les agents d'accueil.



MDPH de l'Aube (10)

« Dans le but de renforcer l'analyse multidimensionnelle et pluridisciplinaire de chaque situation individuelle, le nouvel organigramme remet profondément en cause le modèle antérieur basé sur une thématique d'analyses spécialisées, pour évoluer vers une méthodologie d'individualisation des suivis et d'une totale transversalité de l'évaluation. [...] »

Après quelques mois nécessaires à régler toutes les conséquences de cette évolution, le nouveau concept de traitement des demandes présente d'indéniables atouts quant à la prise en compte globale des besoins de l'utilisateur. De plus, il permet à la MDPH d'aborder le chantier national d'harmonisation du référentiel fonctionnel et du système d'information sans avoir à subir les impacts organisationnels et/ou procéduraux, inhérents à cette réforme. »

MDPH de Côte-d'Or (21)

« La MDPH de demain doit donc, plus que jamais, promouvoir à travers son organisation une logique de parcours pour l'utilisateur sans rupture et en permettre un suivi des orientations décidées. Dès lors, la MDPH de Côte-d'Or doit se situer dans une posture d'assembleur et à ce titre son organisation se doit de gagner en lisibilité tant en interne qu'auprès de ses partenaires. »

2.2 Les liens entre les conseils départementaux et les MDPH

Le niveau de rapprochement des services des MDPH et de ceux des conseils départementaux est variable selon les territoires. Tutelles administratives et financières des MDPH conformément au Code de l'action sociale et des familles, les conseils départementaux sont des partenaires centraux pour les MDPH. Ils mettent notamment à disposition des moyens, tant matériels qu'humains (voir le chapitre 5 : Les moyens humains et financiers des MDPH).

Niveaux de rapprochement entre les MDPH et les conseils départementaux : mutualisation de locaux et de fonctions support

	Part des MDPH n'ayant pas mutualisé ces fonctions	Part des MDPH ayant mutualisé ces fonctions		Nombre de MDPH ayant répondu
		Partiellement	Totalement	
Mutualisation ou mise à disposition de locaux par le conseil départemental auprès de la MDPH	11 %	20 %	69 %	91
Mutualisation ou mise à disposition de fonctions support logistique par le conseil départemental auprès de la MDPH	9 %	42 %	49 %	91
Mutualisation ou mise à disposition de fonctions support sur les systèmes d'information par le conseil départemental auprès de la MDPH	7 %	29 %	65 %	91
Mutualisation ou mise à disposition de fonctions support juridiques par le conseil départemental auprès de la MDPH	33 %	43 %	23 %	90

Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.



MDPH de Côte-d'Or (21)

« Les locaux mis à disposition par le conseil départemental ne sont pas soumis à remboursement, la MDPH s'engage seulement à assumer financièrement les charges liées au fonctionnement et à l'entretien.

La convention prévoit également la mise à disposition des prestations assurées par les directions et services du département, notamment en matière : d'ingénierie, d'assistance technique et informatique, de reprographie, et d'assistante et conseils juridiques. »

MDPH de l'Orne (61)

« La DSII [direction des systèmes d'information] du département a été beaucoup sollicitée par la MDPH au cours de l'année 2017 : mise en place d'un programme permettant l'extraction de nos données cartes mobilité inclusion pour l'imprimerie nationale (notre logiciel métier ne le permettant pas) et accompagnement dans le changement de logiciel et la reprise des données. L'ensemble des moyens logistiques de la MDPH sont mis à disposition par le département qui en assure la maintenance : locaux, téléphonie, informatique, mobiliers et véhicules. »

Toutefois, certaines MDPH ne disposent pas de fonctions ou de missions mutualisées avec le conseil départemental.



MDPH de la Meuse (55)

« La MDPH de la Meuse, comme toutes les MDPH, est sous tutelle administrative et financière du département. Cependant, dès 2006, le choix a été fait de valoriser totalement le statut de groupement d'intérêt public de la MDPH et d'en faire une structure autonome par rapport au département. C'est pourquoi le département n'assure pas les fonctions support de la MDPH, que ce soit en matière de locaux, de systèmes d'information, de support juridique, de ressources humaines... De la même façon, et sans que cela n'empêche le travail de partenariat, les fonctions d'accueil, d'instruction ou d'évaluation ne sont pas mutualisées.

La MDPH est locataire de locaux appartenant à l'OPH. »

Niveaux de rapprochement entre les MDPH et les conseils départementaux : mutualisation de missions

Les conseils départementaux et les MDPH peuvent également rapprocher leurs missions et regrouper les moyens qui y sont dédiés. Les missions les plus mutualisées sont l'accueil et l'évaluation : l'accueil est mutualisé dans 47 % des cas (partiellement, 34 % ; ou en totalité, 13 %) ; l'évaluation est mutualisée dans 42 % des cas (partiellement, 35 % ; ou en totalité, 7 %). Enfin, l'instruction est la mission qui fait le moins l'objet de rapprochements : seuls 20 % des MDPH déclarent l'avoir mutualisée (13 %, partiellement, et 7 % en totalité).

À noter : les missions d'évaluation sont le plus souvent mutualisées partiellement, sur des prestations ou des compétences spécifiques (par exemple l'allocation personnalisée d'autonomie – APA – avec la PCH, la mutualisation des compétences d'ergothérapeutes ou de médecins).

	Part des MDPH n'ayant pas mutualisé ces fonctions	Part des MDPH ayant mutualisé ces fonctions		Nombre de MDPH ayant répondu
		Partiellement	Totalement	
Mutualisation des missions d'accueil	53 %	34 %	13 %	85
Mutualisation des missions d'instruction	80 %	13 %	7 %	91
Mutualisation des missions d'évaluation	58 %	35 %	7 %	91

Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.



MDPH de Tarn-et-Garonne (82)

« Les évaluations PCH aides humaines pour le public adultes et depuis 2015, pour le public des jeunes âgés de 16 à 20 ans sont réalisées par le service prévention adultes du conseil départemental qui traite de l'APA, par souci d'harmonisation des dispositifs entre ces publics. Cette prise en charge de l'évaluation des adolescents permet de mieux connaître leur situation, lorsqu'ils arrivent dans le champ du handicap adulte. »

Enfin, ce lien entre la MDPH et le conseil départemental s'exprime également, pour plusieurs MDPH, par le rattachement fonctionnel et hiérarchique du directeur de la MDPH au conseil départemental : cela concerne 61 directeurs sur 91 répondants, soit 67 % des MDPH de l'échantillon.

Certaines MDPH soulignent la pertinence de ce rapprochement avec le conseil départemental et le gain en qualité de service pour l'utilisateur.



MDPH de l'Eure (27)

« Le travail étroit qui s'inscrit dans ce cadre entre les services du conseil départemental et la MDPH permet une certaine cohérence et harmonisation des pratiques, ainsi qu'une plus grande lisibilité des dispositifs souvent complexes pour l'utilisateur. On peut à ce titre citer l'exemple de l'attribution de la prestation de compensation de handicap (PCH), allant de l'évaluation au paiement de la prestation. »

Focus : Les liens entre le conseil départemental et la MDPH en Ile-et-Vilaine

Les liens entre la MDPH et le conseil départemental se traduisent tout d'abord par le nombre important d'agents du conseil départemental mis à disposition de la MDPH (77 % des agents, soit 72 sur 93). Lors de la création de la MDPH, un seul agent était mis à disposition (pour un effectif total de 36 ETP).

Ces liens se traduisent également par la mutualisation de locaux ou encore par la prise en charge par le conseil départemental de l'acquisition de mobilier ou de matériel informatique.

Les fonctions support et la mission juridique sont assurées en interne au sein de la MDPH. Toutefois, le service juridique du conseil départemental peut être sollicité par la MDPH pour les situations les plus complexes. Sur le volet SI, les deux référents informatiques de la MDPH travaillent en étroite collaboration avec les services numériques du conseil départemental, qui sont pour eux des interlocuteurs privilégiés. Ces services vont accompagner la MDPH dans les chantiers autour du SI harmonisé et du système d'information des décisions d'orientation (SI SDO).

L'offre de formation du conseil départemental est ouverte à l'ensemble des agents de la MDPH (y compris aux professionnels qui ne sont pas mis à disposition par le conseil départemental).

Un accueil mutualisé a été mis en place entre la MDPH et deux pôles du conseil départemental positionnés dans les mêmes locaux que celle-ci. En outre, 13 CLIC du conseil départemental sont labellisés personnes handicapées et sont des antennes de la MDPH. À ce titre, ils assurent un premier accueil et un premier niveau d'information et de conseil pour les personnes en situation de handicap. Une subvention est versée par la MDPH aux CLIC pour la réalisation de ces missions.

Les médecins et les infirmiers personnes âgées/personnes handicapées du conseil départemental contribuent aux évaluations.

En termes de gouvernance, la présidence de la CDAPH est alternativement assurée par le conseil départemental et par un représentant des associations représentant les personnes en situation de handicap.

Par ailleurs, la directrice de la MDPH participe aux réunions des directeurs, animées par le directeur général des services du conseil départemental.

2.3 Les maisons départementales de l'autonomie⁸

Certains conseils départementaux ont fait le choix d'organiser des rapprochements entre les services de la MDPH et ceux du conseil départemental en mettant en place une maison départementale de l'autonomie (MDA). Comme le prévoit l'article L. 149-4 du Code de l'action sociale et des familles⁹, les MDA correspondent à un rapprochement des missions et à une mise en commun des moyens, mais ne constituent pas une nouvelle personne morale.

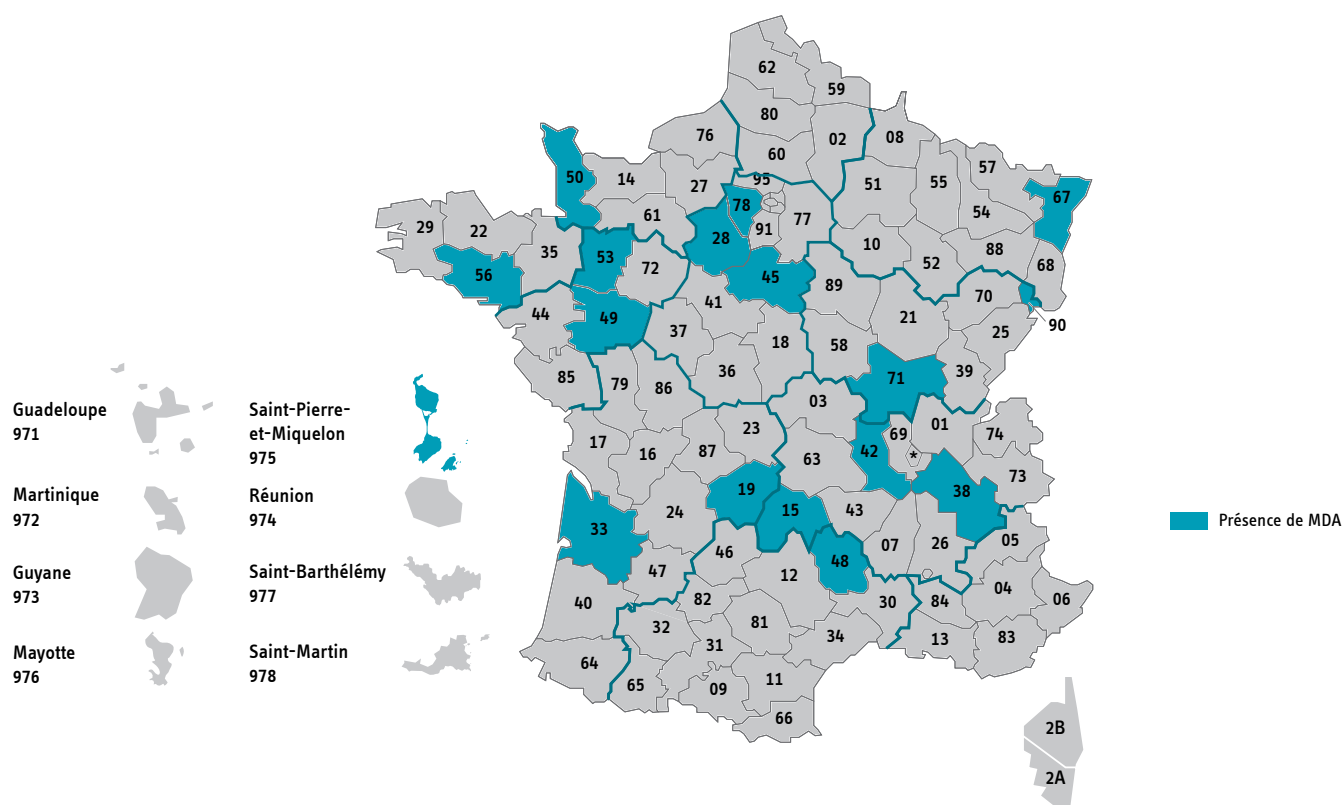
Ce rapprochement peut se faire à deux niveaux :

- un rapprochement des missions d'accueil, d'information, de conseil et d'orientation ;
- rapprochement de ces missions auxquelles s'ajoutent les missions d'instruction, d'évaluation et d'élaboration des plans d'aide.

On observe que plusieurs MDPH ont couplé la réflexion sur le rapprochement des missions avec la territorialisation de l'activité, en correspondance avec les dispositions du cahier des charges de la labellisation des MDA¹⁰, et que des missions autres que celles mentionnées à l'article L. 149-4 du CASF sont également mutualisées (accompagnement des aidants, transport, aides techniques...).

17 MDPH sur les 91 de l'échantillon ont déclaré être organisées en maisons départementales de l'autonomie.

Départements déclarant être structurés en maisons départementales de l'autonomie
(en 2017, par département ou territoire)



Source : CNSA, rapports d'activité MDPH 2017.

8. On entend par MDA les organisations transversales mises en place par les conseils départementaux en lien avec les MDPH, qu'elles soient ou non dénommées « MDA » ou labellisées par la CNSA.

9. Issu de l'article 82 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

10. Décret n° 2016-1873 du 26 décembre 2016 fixant le cahier des charges et la procédure de labellisation des maisons départementales de l'autonomie : critère 3.4 « La MDA met en place des lieux d'accueil communs aux deux publics à l'échelle infra-départementale en prenant en compte les dispositifs existants et en les améliorant. » : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/12/26/AFSA1626340D/jo/texte>



MDA de Gironde (33)

« La MDPH a intégré à compter du 1^{er} septembre 2016, le Pôle solidarité autonomie (PSA) qui regroupe la MDPH et les directions personnes âgées, personnes handicapées du département.

Cette intégration s'est traduite par l'emménagement des directions dans un immeuble commun et par la mutualisation des fonctions supports, accueil et numérisation.

S'agissant de l'accueil physique, celui-ci est territorialisé dans 9 points d'accueils sur le territoire de la Gironde. »

Dans le cadre de l'enquête réalisée au cours du 1^{er} trimestre 2017 auprès des directions autonomie des conseils départementaux et des directeurs de MDPH, 8 départements¹¹ ont indiqué leur souhait d'évoluer prochainement vers une organisation en MDA : Allier (03), Doubs (25), Drôme (26), Hérault (34), Indre-et-Loire (37), Loir-et-Cher (41), Hautes-Pyrénées (64), Sarthe (72).



MDPH des Hautes-Pyrénées (65)

« La MDPH s'inscrit dans les prescriptions de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Notamment en adoptant une vision stratégique et partagée par tous autour du projet de réalisation de la future maison départementale pour l'autonomie et son intégration dans le nouveau schéma de développement social. »

Derrière une terminologie unique, les MDA recouvrent des modèles organisationnels et des niveaux de rapprochement hétérogènes entre les services de la MDPH et ceux du conseil départemental.

Dans de nombreux cas, le rapprochement se limite à l'accueil, l'information, l'orientation et le conseil des usagers et concerne peu ou partiellement l'évaluation. Généralement, la mutualisation de l'évaluation et de l'élaboration des plans d'aide se produit plus tardivement et s'inscrit dans un processus de rapprochement progressif des services de la MDPH et du conseil départemental. Certaines MDA ont toutefois déclaré avoir complètement mutualisé l'évaluation : il s'agit de l'Isère (38), de la Mayenne (53) et du Bas-Rhin (67).



MDA de Lozère (48)

« Tout comme l'accueil physique et téléphonique, le service instruction est complètement passé en transversalité sur les publics personnes âgées, personnes handicapées en cette année 2017. [...] Il est prévu dans le déploiement de la MDA que le service accompagnement (évaluation, élaboration des plans d'aide et de compensation, et accompagnement de la mise en œuvre) se territorialise sur les mêmes secteurs que l'instruction avec la responsabilité des deux publics. Pour ce faire, les personnels doivent avoir accès aux dossiers des personnes, tant au CMS [centre médico-social] qu'à domicile. Il est donc impératif d'attendre la GED pour le mettre en place. La dématérialisation des dossiers est prévue pour l'automne 2018.

L'évaluation est donc restée en 2017 par public avec une organisation territoriale pour les personnes âgées avec les référentes gérontologiques dans les CMS sur les territoires et les bassins de vie, et les responsables d'évaluation pour les personnes handicapées basées en central sur la MDA. »

11. Échantillon de 72 répondants.

Retour d'expérience de la MDA des Yvelines (78)

Fin 2017, les services de la direction générale adjointe des solidarités (DGAS) se sont réorganisés pour une mise en œuvre début 2018. En 2018, la MDA centrale sera recentrée sur les missions de coordination de l'instruction, de l'évaluation et du portage des dispositifs de prévention et de soutien à domicile des personnes.

L'instruction de l'aide sociale, de l'APA et de la valorisation financière de la PCH a été confiée à une autre direction, en charge également du budget de la DGAS et des ESMS (hors SAAD). Les liens et les temps d'échange entre la MDA et cette direction sont importants.

La direction autonomie de la MDA dispose d'une mission juridique – contentieux au pôle central, qui assure une mission de médiation, organise la mission de conciliation et assure le lien entre les pôles autonomie territoriaux (PAT) et les juridictions pour les observations écrites des recours contentieux. Elle assure également une mission d'expertise auprès des PAT.

La direction autonomie de la MDA a confié à des partenaires (gestionnaires d'ESMS, hôpital...) la mise en œuvre des sites de proximité, appelés pôles autonomie territoriaux. Le personnel qui y exerce a un lien fonctionnel avec la direction autonomie de la MDA, mais non hiérarchique. Cet élément est valable quelle que soit la prestation et quelle que soit la mission (accueil, instruction, évaluation). Tous les PAT sont hébergés dans des locaux du conseil départemental (soit propriété, soit location).

Les six PAT interviennent en direction des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Des réunions et des formations sont organisées régulièrement en direction des professionnels des PAT. Des référentiels partagés ont également été élaborés.

Trois niveaux d'équipe pluridisciplinaire ont été mis en place :

- > premier niveau : équipe pluridisciplinaire généraliste dans les PAT sans professionnels de la direction autonomie de la MDA centrale ;
- > deuxième niveau : équipes pluridisciplinaires spécialisées dans les PAT : enfants, jeunes (16-25 ans), adultes ;
- > troisième niveau : équipe pluridisciplinaire dans les PAT avec la présence de professionnels de la direction autonomie de la MDA centrale pour bénéficier de leur expertise.

Cette organisation permet de renforcer la logique partenariale étant donné que les PAT sont portés par des acteurs extérieurs à la MDA, qui gèrent fréquemment d'autres dispositifs (MAIA, plateformes de répit, réseaux...). Elle participe à la convergence des dispositifs d'appui et à la mise en place d'un guichet unique sur chaque territoire.

Il apparaît que l'évaluation des personnes âgées et des personnes en situation de handicap est relativement convergente. Ainsi, que les évaluateurs interviennent en direction des deux publics a du sens (d'autant plus pour les publics « frontières » comme les personnes handicapées vieillissantes). Une grille d'évaluation multidimensionnelle personnes âgées/personnes handicapées est en cours de test. La polyvalence des professionnels s'est mise en place de manière progressive (depuis le 1^{er} janvier 2017).

Points de vigilance

Cette organisation implique des temps de coordination importants à renouveler de manière régulière et nécessite des ressources humaines plus importantes que dans le cadre d'une organisation centralisée. Il est également nécessaire de travailler sur la lisibilité pour les usagers.

La mise en place de la nouvelle organisation a eu un impact sur les délais de traitement, qui ont légèrement augmenté.

Certaines MDA intègrent d'autres missions, telles que :

- le pilotage de l'offre médico-sociale : MDA de la Manche (50), MDA de la Mayenne (53) qui emploie notamment un chargé de mission « évolution de l'offre » rattaché à la réponse accompagnée pour tous ;
- les transports (MDA d'Eure-et-Loir – 28) ;
- les MAIA portées par le conseil départemental (MDA 28).

Quelles que soient les organisations, les bénéfices d'une organisation en MDA sont soulignés par plusieurs d'entre elles, tant en matière de simplification du parcours usager que de pertinence du lien entre observation des besoins et transformation de l'offre ou encore pour l'agilité qu'elle confère aux organisations.



MDA de Lozère (48)

« La MDPH de la Lozère, en s'engageant dans une organisation en MDA, s'inscrit dans un véritable processus de modernisation et de simplification.

Les rapprochements et mutualisations opérés entre les services de la MDPH et ceux du département permettent d'organiser de manière cohérente l'ensemble des services intervenant dans le circuit pour répondre et accompagner les usagers.

Le rapprochement entre la MDPH qui évalue et accorde l'orientation et les services du département en charge de la tarification et de l'organisation de l'offre médico-sociale est une vraie plus-value pour faire face aux enjeux de la transformation de l'offre tant pour le secteur du handicap que des personnes âgées.

La mutualisation opérée sur la direction et l'accueil a été simplificatrice en termes de lisibilité pour le public et les partenaires et a été rapidement opérationnelle. »

MDA de Corrèze (19)

« Une organisation en maison de l'autonomie très efficiente :

- réactivité et mutualisation des compétences pour construire les réponses à apporter à l'utilisateur ;
 - un lieu unique d'information et d'accueil pour tous les usagers en fragilité ;
 - une organisation "agile" qui est en capacité d'intégrer assez rapidement de nouveaux modes de travail. »
-

3. L'information et la communication en direction des usagers, du grand public et des partenaires de la MDPH

Les missions d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que la sensibilisation de tous les citoyens au handicap sont des missions essentielles des MDPH en ce qu'elles doivent favoriser l'accès aux droits et aux prestations. À ce titre, les MDPH organisent des actions de communication auprès du grand public ou de leur réseau et participent à celles de leurs partenaires.

En 2017, 86 MDPH¹² ont déclaré s'être investies dans le cadre de diverses manifestations à destination du grand public.



MDPH de l'Eure (27)

« La communication et la sensibilisation au handicap font partie des missions centrales de la MDPH, telles que définies par la loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Aussi, la MDPH organise ou participe à des actions d'information et de sensibilisation, en réponse à des sollicitations particulières ou à travers des événements réguliers. »

MDPH de Martinique (971)

« Participation aux rencontres avec la population organisée par des CCAS, à la semaine des personnes handicapées organisée par la collectivité, aux réunions informatives d'associations de personnes handicapées dans le cadre de journée nationale (autisme, maladies invalidantes, endométriose...) »

MDPH de l'Aveyron (12)

« Participation aux comités pour le dépistage des cancers des personnes en situation de handicap, aux conférences organisées pour l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique, à la journée organisée sur le travail et les femmes en situation de handicap. »

MDPH de Haute-Corse (2B)

« Participation de la MDPH :

- réunion d'information aux ESAT sur les fonctionnements des MDPH ;
- semaine de la santé mentale/ateliers organisés par le contrat local santé mentale de la ville de Bastia ;
- rencontre avec l'équipe du lycée agricole de Borgo ;
- participation à la formation continue des enseignants du premier degré (élèves à besoin éducatifs particuliers) ;
- intervention dans les collèges sur demande des chefs d'établissement : sensibilisation sur les troubles Dys, sur l'inclusion scolaire ;
- participation colloque sur la dyslexie organisée par la mairie de Bastia : 4 interventions et animation. »

12. Échantillon de 87 MDPH.

MDPH d'Indre-et-Loire (37)

« Notre chargée de mission information communication partenariat, participe à un grand nombre d'actions d'information et d'actions de communication organisées ou coorganisées par des partenaires et/ou par les réseaux associatifs départementaux. Pour illustrer ces interventions, nous pourrions lister : Journée mondiale Parkinson – Festival Autrement Dit – Au Tours du handicap – semaine de l'emploi des personnes handicapées – “Handi’minutes” – Super Handi Compétences – présentation de la MDPH et de ses prestations aux partenaires, ESMS et associations (AFPA – aidants familiaux au hameau Saint-Michel, de l'ADMR Les Maisonnées, de l'IEM [institut d'éducation motrice] Charlemagne – secrétaires primo accueil des MDS [maisons départementales de la solidarité] – entreprise MICHELIN – association Fibromyalgie, Agir Ensemble – Cap Emploi et SAMETH [service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés] – SNCF – MFR Tours nord). »

Par ailleurs, 72 MDPH ont renforcé et développé les actions de communication mises en place par les partenaires en portant des actions d'information propres.



MDPH du Finistère (29)

« Plusieurs actions propres de communications ont été menées :

- 3 expositions (“tu l'as vu mon handicap”, les aidants familiaux, art thérapie avec des jeunes d'IME [institut médico-éducatif]) ;
- la refonte du guide MDPH ;
- une conférence de presse sur la CMI [carte mobilité inclusion] ;
- une permanence ergonomie bimensuelle ;
- la mise à jour régulière du site internet. »

MDPH de Meurthe-et-Moselle (54)

« La stratégie de la MDPH en matière de communication s'appuie essentiellement sur les actions des antennes territoriales qui mobilisent les partenaires locaux pour informer les usagers et les professionnels des problématiques liées au handicap.

En 2017, une “tournée des territoires de la Meurthe-et-Moselle” a été réalisée : 6 réunions locales des cadres de la MDPH pour informer les professionnels du conseil départemental (polyvalence de secteur, protection de l'enfance, insertion, prévention spécialisée, autonomie...) sur les missions de la MDPH, les droits à compensation et les modalités de partenariat. »

Au-delà d'actions ponctuelles, des MDPH ont mis en place des modes d'organisation permettant de favoriser la circulation d'une bonne information sur l'ensemble de leur territoire de manière pérenne. De même, dans le cadre de l'autodiagnostic du référentiel de missions et de qualité de service (RMQS), des MDPH ont également mis en évidence la nécessité de développer cet aspect de leur mission et ont adopté des plans d'action pour renforcer leur positionnement en tant qu'acteur « ressource » du territoire.



MDPH de l'Aude (11)

« Afin de mieux informer les usagers, la MDPH a créé des Points Infos Actualités MDPH dès mars 2017, chaque mois, dans les 4 grandes villes du département : ces réunions se déroulent de 18 à 20 h, et sont à destination des usagers, de leur famille. Les Points Infos Actualités associent naturellement les partenaires de la MDPH en fonction de la thématique présentée. »

MDA de Saône-et-Loire (71)

« L'autodiagnostic réalisé en interne en 2016 et 2017, sur la base des outils et du référentiel de missions proposés par la CNSA, a mis en évidence le déficit de supports et d'actions d'informations/communications de la MDPH.

Plusieurs actions ont été initiées fin 2017 et devront se déployer plus largement en 2018 :

- l'expérimentation de la méthode de *design* de service public pour organiser l'accueil physique de la MDPH et de la MLA [maison locale de l'autonomie] de Mâcon sur le même site ;
 - l'inscription au budget 2018 d'un poste de référent information et communication, en lien avec la diffusion de nouveau formulaire de demande et le projet de mise à jour des pages MDPH sur le site du département ;
 - le renforcement des réunions avec les agents de l'équipe accueil du siège de la MDPH à Mâcon, organisées une à deux fois par mois ;
 - l'organisation, deux fois par an, de temps de réunions avec plusieurs agents en charge de l'accueil et de l'instruction des demandes de PCH sur les sites des MLA. »
-

Par ailleurs, les MDPH ont un rôle important dans la mise en place d'outils de communication adaptés aux différents interlocuteurs et dans l'actualisation de ces derniers. Elles ont ainsi un rôle de structures ressource sur leur territoire, pour les usagers ou pour les différents professionnels qui interviennent dans le cadre de l'accompagnement des personnes.



MDPH du Doubs (25)

« La MDPH du Doubs a réalisé des outils d'aide à destination de nos partenaires et notamment une *newsletter*, une plaquette d'information et une vidéo de présentation. »

3 Les différents processus métier dans le traitement de la demande d'un usager

1. L'accueil des MDPH

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a consacré les MDPH comme guichets uniques du handicap. Elles sont ainsi des lieux d'accueil, de conseil, d'information et d'orientation pour l'ensemble des personnes en situation de handicap et de leurs proches.

La fonction d'accueil de la MDPH est transverse et mobilisée tout au long de la procédure d'instruction du dossier de la personne. Elle concerne n'importe quelle demande de la personne, à n'importe quelle étape de l'instruction de son dossier : demande de renseignements généraux, demande de retrait ou d'aide au remplissage du formulaire, demande liée au suivi du dossier...

Cette mission s'articule autour de plusieurs formes d'accueil : physique, téléphonique, courrier et dématérialisé (téléservice, adresse mail...).

La mission d'accueil est communément organisée en un accueil de premier niveau et un accueil de second niveau (ou approfondi) :

1. L'accueil de premier niveau est un accueil généraliste. Il n'implique pas nécessairement un espace de confidentialité (renseignement à la banque d'accueil) : délivrance de documents à remplir, orientation des personnes dans le dispositif, informations sur le suivi du dossier, vérification des droits ouverts de la personne, aide au remplissage du formulaire, vérification de la complétude du dossier... L'accueil de premier niveau peut être physique, téléphonique, électronique, courrier ou *via* un téléservice. Cet accueil peut éventuellement déboucher sur un accueil de second niveau (sur rendez-vous ou non, selon l'organisation de la MDPH).
2. L'accueil de second niveau est spécialisé et approfondi. Il se définit par le type de compétence mobilisée nécessaire pour approfondir la demande de l'utilisateur (agent instructeur, travailleur social, référent insertion professionnelle – RIP...). Si l'accueil est physique, la personne est reçue dans un espace garantissant la confidentialité, éventuellement sur rendez-vous, pour prendre davantage de temps. L'accueil de niveau 2 peut également être téléphonique.

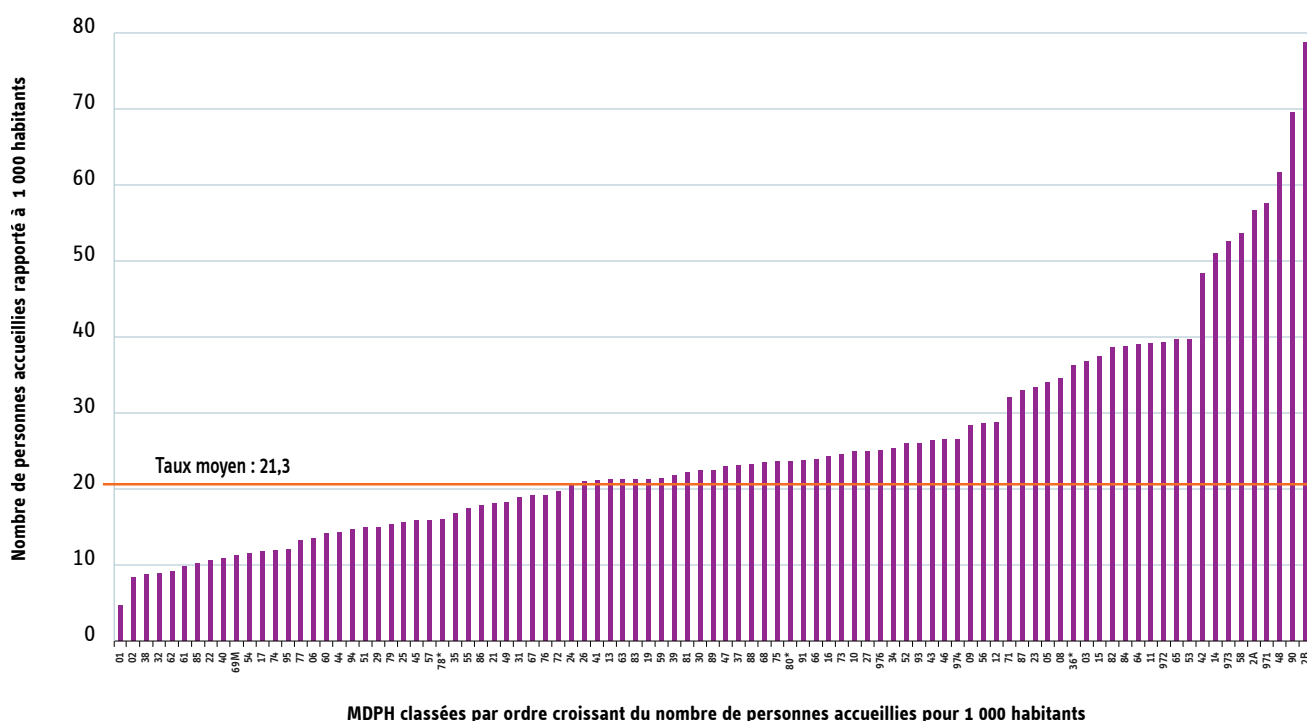
1.1 Une forte activité

En 2017, l'accueil physique en MDPH représente, en moyenne, 26 personnes pour 1 000 habitants (nombre de personnes se présentant à un point d'accueil, quel que soit le niveau d'accueil) contre 25 personnes en 2016. Ce rapport (pouvant aller de 5 à 79 pour 1 000 habitants) est très proche du nombre de personnes ayant déposé au moins une demande auprès de la MDPH la même année.

L'accueil physique constitue une part extrêmement importante de l'activité des MDPH. Celles-ci le soulignent dans leur rapport d'activité : le nombre de personnes accueillies physiquement chaque année est important. Cet accueil constitue l'un des principaux moyens de contact avec les MDPH, notamment pour les usagers qui ont besoin d'un accompagnement personnalisé ou qui n'ont pas la possibilité d'utiliser d'autres modalités de contact. Ainsi, en 2017, les MDPH ont accueilli plus de 1 324 000 personnes¹³, un nombre en légère progression par rapport à 2016 (+ 0,3 %).

Nombre de personnes accueillies dans un point d'accueil de la MDPH rapporté à 1 000 habitants en 2017

Échantillon : 93 MDPH



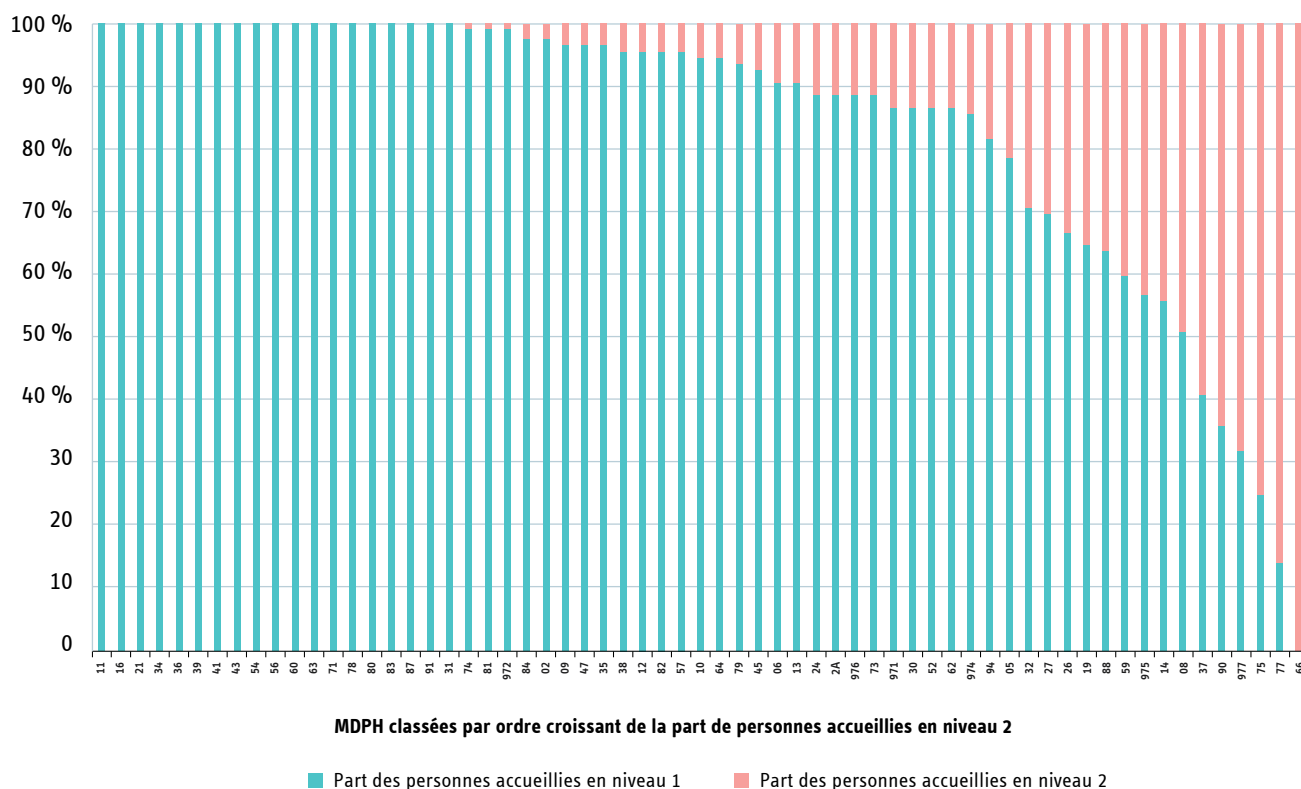
Source : CNSA, échanges annuels 2017.

L'accueil physique de niveau 1 constitue la porte d'entrée pour les usagers à la MDPH. Aussi, il représente 84 % des personnes accueillies à la MDPH. L'accueil de niveau 2, par son aspect plus spécialisé et plus ciblé, ne concerne que 16 % des personnes accueillies à la MDPH.

13. Échantillon de 90 MDPH.

Part des personnes accueillies selon le niveau d'accueil existant à la MDPH en 2017

Échantillon : 64 MDPH



Source : CNSA, échanges annuels 2017.

66 MDPH¹⁴ ont déclaré avoir mis en place un système d'accueil à plusieurs niveaux pour mieux répondre aux attentes des usagers :

- 47 % des MDPH ayant répondu ont déclaré avoir organisé un accueil physique à plusieurs niveaux ;
- 35 % des MDPH ayant répondu ont déclaré avoir organisé un accueil téléphonique à plusieurs niveaux ;
- 35 % des MDPH ayant répondu ont déclaré avoir organisé un accueil électronique à plusieurs niveaux.



MDPH de Vendée (85)

« Un accueil de niveau 1 propose des conseils et des réponses concises aux sollicitations des usagers. Il s'agit d'accompagner la personne dans sa demande par la remise du dossier de compensation et la réception lorsqu'il est déposé directement. Les renseignements portent à la fois sur les prestations offertes par la MDPH et les procédures applicables à l'instruction (délais, modalités, consultations médicales, visites à domicile, possibilité d'être reçu par la CDAPH, conciliation...).

Un accueil de niveau 2 est également possible sur un temps d'entretien personnalisé le plus souvent sur rendez-vous avec un travailleur social ou la psychologue. C'est un moment privilégié d'écoute et d'apaisement des tensions, en toute confidentialité. La fonction accueil joue un rôle essentiel en matière de réponse au public en assurant une mission de coordination de l'information et de la documentation au sein de la MDPH. L'équipe accueil contribue ainsi à une certaine cohésion d'ensemble et à l'animation globale. C'est la porte d'entrée de la MDPH dont la qualité des interventions est reconnue ainsi que les deux enquêtes de satisfaction l'ont parfaitement démontré. »

14. Sur un échantillon de 80 MDPH.

MDPH du Val-d'Oise (95)

« Un accueil de niveau 1 propose des conseils et des réponses concises aux sollicitations des usagers. Il s'agit d'accompagner la personne dans sa demande par remise du dossier de compensation et réception lorsqu'il est déposé directement. Les renseignements portent à la fois sur les prestations offertes par la MDPH et les procédures applicables à l'instruction (délais, modalités, consultations médicales, visites à domicile, possibilité d'être reçu par la CDAPH, conciliation...). »

MDPH de l'Aisne (02)

« Relais possible pour l'accueil de second niveau par les associations qui assurent une permanence tous les après-midis à la MDPH. »

S'ajoute à l'accueil physique un accueil téléphonique. À ce titre, 36 MDPH¹⁵ indiquent disposer d'un numéro vert pour les appels d'urgence conformément à l'obligation légale.

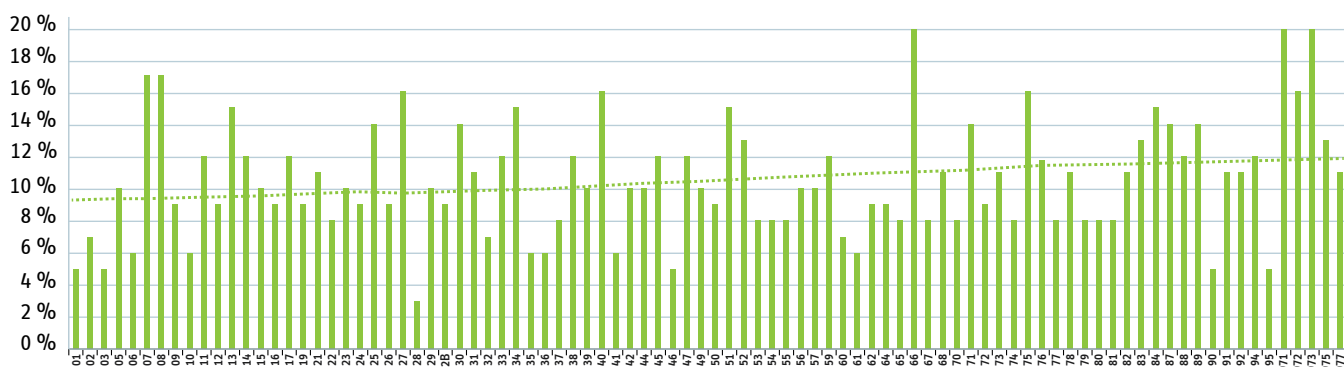
Pour rappel, les MDPH sont tenues de mettre à disposition des usagers un numéro téléphonique d'appel gratuit (ou numéro vert). En effet, selon les termes de l'article L. 146-7 du CASF, « La maison départementale des personnes handicapées organise son activité et fixe ses horaires d'ouverture au public de telle sorte que les personnes handicapées et leurs familles puissent accéder aux services qu'elle propose ou à la permanence téléphonique qu'elle a mise en place dans les conditions fixées par la convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens mentionnée à l'article L. 146-4-2. Pour les appels d'urgence, la maison départementale des personnes handicapées met à disposition des personnes handicapées et de leurs familles un numéro téléphonique en libre appel gratuit pour l'appelant, y compris depuis un terminal mobile. »

1.2 Les moyens dédiés

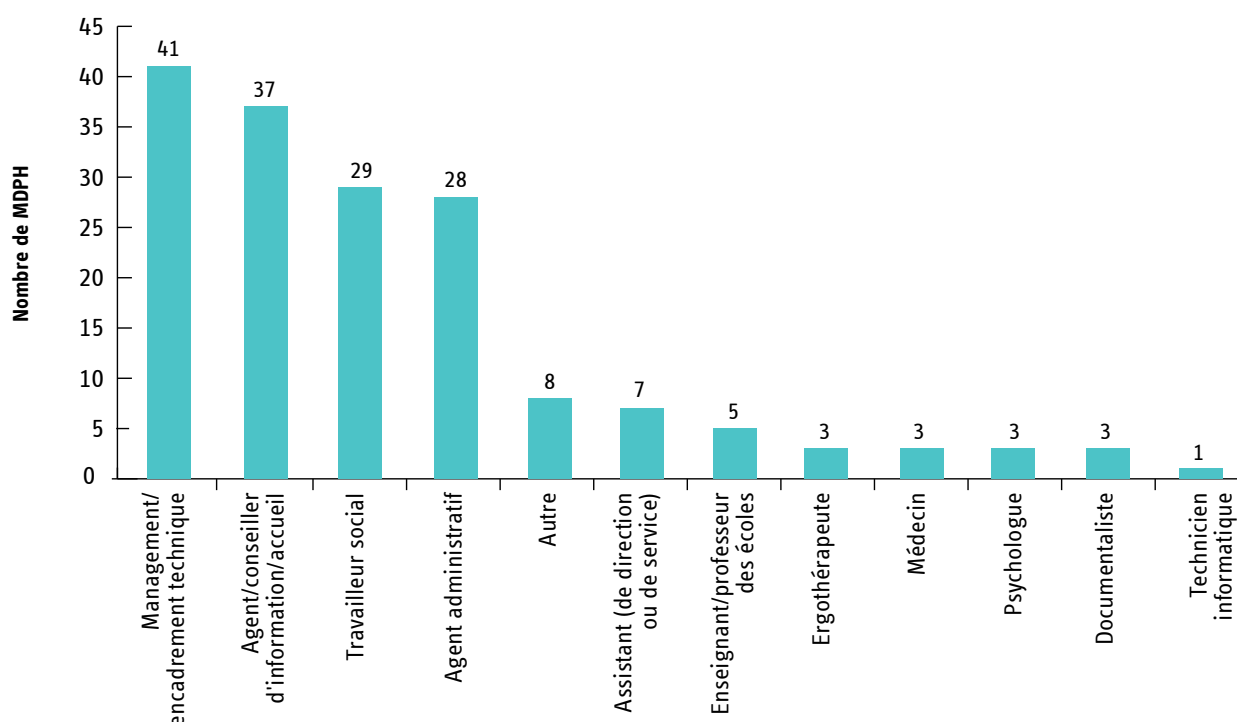
L'analyse des rapports d'activité relève une certaine variabilité de la part des ETP dédiés à la mission d'accueil. En effet, si elle est en moyenne de 11 %¹⁶ dans les MDPH, ce taux varie de 3 % au minimum (pour Eure-et-Loir – 28) à 22 % au maximum (pour la Guyane – 973). Cette répartition reste globalement stable par rapport à 2016.

À noter : cette répartition ne tient pas compte des accueils assurés par les partenaires.

Part des ETP consacrés à l'accueil dans le total des ETP internes aux MDPH
(hors services externalisés)



Typologie des professionnels qui réalisent l'accueil
(en nombre de MDPH déclarant les mobiliser)
Échantillon : 92 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.

Parmi les MDPH ayant répondu¹⁷, 41 ont indiqué que des cadres ou des professionnels de l'encadrement technique sont mobilisés sur la mission d'accueil. Ceci s'explique notamment par un rôle important des chefs de service et la possible mobilisation de professionnels métier lors d'un temps d'accueil de second niveau.

Par ailleurs, 37 MDPH ont indiqué que des agents/conseillers d'information étaient positionnés sur cette mission. Les travailleurs sociaux et les agents administratifs participent à cette mission dans respectivement 29 et 28 MDPH.

Les MDPH relèvent également la nécessité d'organiser un lien fort entre les professionnels de l'accueil et des autres métiers (instruction, évaluation) pour permettre une réponse adaptée à l'utilisateur.



MDPH de l'Hérault (34)

« Liaisons entre les agents d'accueil et les instructeurs :

- sollicitations des agents par le biais de permanences téléphoniques ou physiques aux pôles enfants et socio-professionnels ou directement au pôle médico-social lorsque la demande de l'utilisateur touche le traitement de son dossier ;
- établissement de fiches de liaison en cas d'absence ou d'impossibilité des agents instructeurs. »

MDPH d'Ille-et-Vilaine (35)

« Une organisation à repenser. Une plus grande "porosité" entre les services. Un changement à venir de la fonction accueil, une forte attente en termes de simplification tout en trouvant le juste milieu entre "automaticité" de certains droits et individualisation du plan de compensation. »

17. Échantillon de 92 MDPH.

1.3 La montée en charge de l'accueil dématérialisé

Par ailleurs, les modalités d'échanges dématérialisés se développent à travers l'utilisation de plus en plus fréquente de nouveaux outils, d'adresses mail dédiées et de téléservices, dont la loi pour une République numérique du 7 octobre 2016 fait obligation aux MDPH d'assurer une offre à partir de novembre 2018.

Sur 91 MDPH ayant renvoyé leur rapport d'activité, 85 déclarent avoir une adresse mail de contact générique, et 19 ont mis en place un système de téléservice (y compris téléservice mis à disposition par la CNSA à la suite du programme IMPACT) pour faciliter les échanges avec les usagers (dépôt de demandes en ligne, suivi de l'instruction du dossier de l'utilisateur). Ces moyens de communication, plus souples dans leur gestion, sont aujourd'hui de plus en plus investis par les usagers.



MDPH de Meurthe-et-Moselle (54)

« Le téléservice, initié en janvier 2016, permet de suivre les étapes d'instruction du dossier, de connaître les différents droits en cours et leurs échéances, et d'échanger avec son référent administratif, notamment pour actualiser les informations personnelles. »

MDPH du Pas-de-Calais (62)

« Le nombre de mails reçus a progressé de 75 % en 2017. La MDPH a fait le choix de privilégier le canal des mails dans la mesure où le traitement des mails reste plus souple et plus rapide que le traitement d'un appel téléphonique. Ce canal n'est pas saturé et présente un excellent taux de réponse dans des délais très courts (24 h ouvrées en 2017). »

1.4 La délivrance d'une information plus générale pour orienter les personnes

Les MDPH sont également engagées dans une démarche d'information plus globale de l'utilisateur. Aussi, dès lors que les attentes de l'utilisateur n'entrent pas dans le champ de compétence de la MDPH, 90 % le réorientent vers un autre partenaire, systématiquement dans 61 % des cas ou pour la majorité des usagers (29 %) ¹⁸. Toutefois, on peut noter que 10 % des MDPH ayant répondu, soit 9 d'entre elles, n'effectuent cette réorientation que pour une minorité de personnes.



MDPH des Vosges (88)

« Les agents d'accueil réorientent systématiquement l'utilisateur au guichet ou au téléphone vers le partenaire compétent (Cap Emploi, CAF...). »

MDPH de la Sarthe (72)

« Orientations vers d'autres services : dès lors que la MDPH est incompétente, une adresse, un numéro de téléphone, un interlocuteur, un texte... est systématiquement indiqué ou remis à l'utilisateur. »

18. Sur un échantillon de 90 MDPH.

La mise en place du nouveau formulaire de demande¹⁹ s'inscrit également dans cet accompagnement global de l'utilisateur. Ainsi, 27 MDPH²⁰ ont déployé totalement ou partiellement ce nouvel outil qui permet à celui-ci de demander l'ouverture spécifique de certains droits (par exemple, le renouvellement d'une PCH), mais aussi de décrire sa situation, d'exprimer ses attentes, son projet sans cibler sa demande sur des droits et prestations.



MDPH de Guyane (973)

« La responsable de l'accueil a mis en place une session de formation pour l'ensemble du personnel, afin d'expliquer les avantages liés au nouveau formulaire. Ce dernier permet de collecter plus d'informations. Il permet de disposer de données de meilleure qualité et de pouvoir mieux répondre aux besoins des personnes en ouvrant davantage de droits.

Les 6 et 13 novembre 2017, une formation des agents des centres communaux d'action sociale (CCAS) a été organisée portant sur :

- la présentation du nouveau formulaire de demande(s) MDPH ;
- l'information relative au nouveau modèle de certificat médical accompagnant toute demande déposée ou transmise à la MDPH. »

1.5 Des réflexions pour améliorer l'accueil en continu

Sur un échantillon de 84 MDPH ayant répondu, 77 % ont déclaré avoir engagé des travaux d'amélioration pour optimiser l'accueil et répondre au mieux aux besoins des usagers. Les pistes d'amélioration investies par les MDPH sont globales et concernent les différents aspects de l'accueil (formation des agents, configuration des locaux...).



MDPH de l'Ariège (09)

« Les agents d'accueil ont suivi plusieurs cycles de formation organisés par le CNFPT notamment sur la gestion des conflits et de l'agressivité en situation d'accueil.

Les procédures de l'accueil de premier et de second niveau ont été réécrites et reprécisées. L'accueil de second niveau concerne tous les agents de la MDPSH [maison départementale des personnes en situation de handicap] qui sont mobilisés en fonction de leurs compétences : agents instructeurs pour la complétude du dossier de demande, agents évaluateurs pour les questions spécifiques (insertion professionnelle, PCH...). »

MDPH de l'Aude (11)

« Un plan de formation des agents d'accueil aux différentes procédures a été défini afin d'apporter une meilleure réponse à l'utilisateur.

Un projet d'amélioration de l'accueil des usagers au sein des locaux de la MDPH est en cours de finalisation. En effet, depuis le dernier trimestre 2017, un réaménagement de l'espace physique a été entrepris avec le positionnement d'un bureau d'accueil de deuxième niveau. Celui-ci permet d'accueillir et d'informer les usagers tout en respectant la confidentialité des échanges. »

19. CERFA 15692*01, arrêté du 5 mai 2017.

20. Sur un échantillon de 89 MDPH.

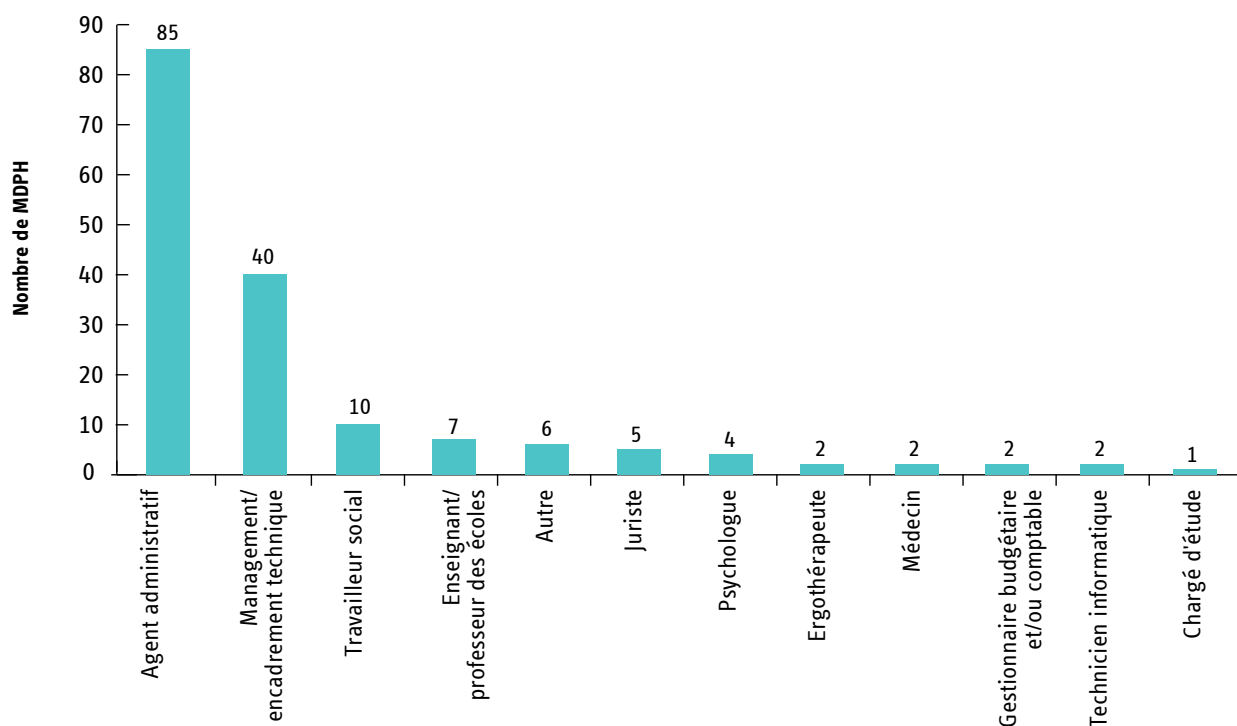
2. L'instruction des demandes

La mission d'instruction des demandes fait le lien entre les missions d'accueil, d'évaluation et d'élaboration d'une réponse et est centrale dans le processus de traitement d'une demande. De nombreuses évolutions ont été conduites par les MDPH pour optimiser le travail réalisé par les agents instructeurs comme par les équipes pluridisciplinaires.

2.1 Les moyens dédiés

Les moyens dédiés à cette mission témoignent de son importance : en 2017, 40,4 % de la totalité des ETP travaillés déclarés par les 90 MDPH ayant répondu étaient dédiés à cette fonction.

Typologie des professionnels qui réalisent l'instruction
(en nombre de MDPH déclarant les mobiliser)
Échantillon : 92 MDPH



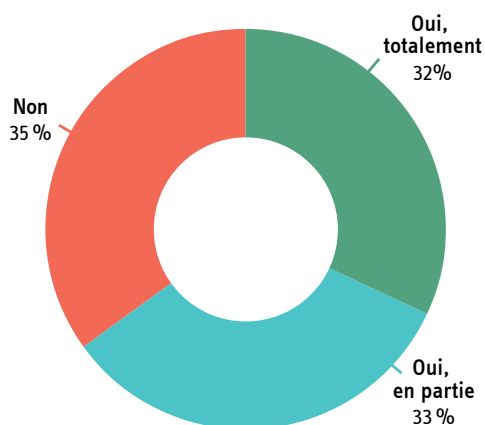
Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.

La majorité des professionnels mobilisés sur l'instruction sont des agents administratifs. 85 MDPH sur 92 ont indiqué dans leurs rapports d'activité que des agents administratifs étaient mobilisés sur cette mission. 40 d'entre elles ont indiqué que du personnel du management ou de l'encadrement technique était positionné sur cette mission.

2.2 La préqualification des dossiers

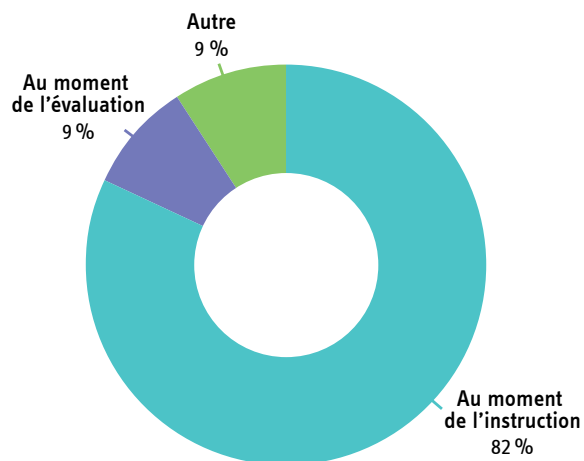
À noter : une préqualification des dossiers selon la dominante du projet de vie est mise en place dans 65 % des cas (en totalité, 32 % ; ou en partie, 33 %). Cette préqualification, quand elle a lieu, est réalisée à 82 % lors de la phase d’instruction des dossiers.

**Existence d’une étape de préqualification
des dossiers selon la dominante du projet de vie**



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.

Moment de réalisation de cette préqualification
Échantillon : 56 MDPH

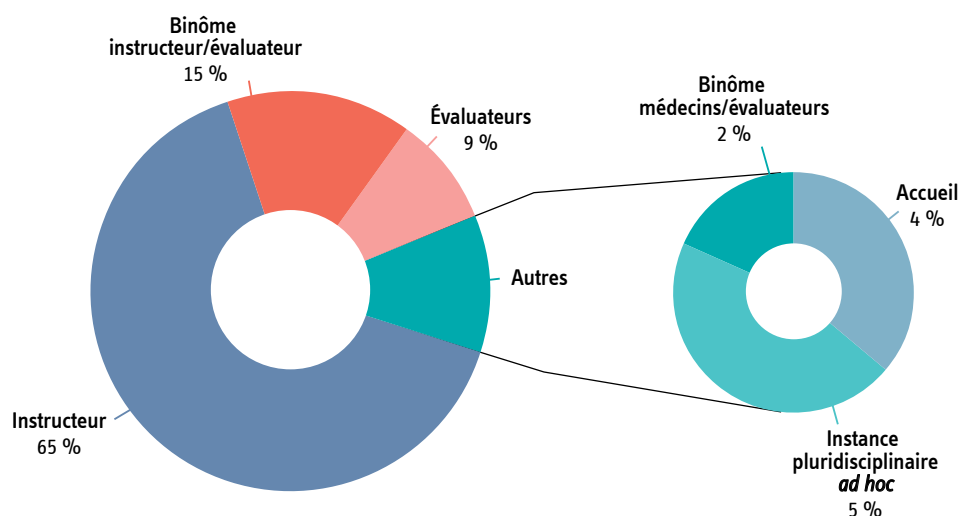


Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.

Les professionnels qui interviennent lors de cette préqualification sont majoritairement des instructeurs (65 %).

Profil de l'équipe réalisant l'étape de préqualification de la demande

Échantillon : 88 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.

Certaines MDPH (Loir-et-Cher – 41, Marne – 51, Meuse – 55...) ont mis en place des binômes instructeur/évaluateur pour permettre un regard croisé sur les dossiers.



MDPH de Tarn-et-Garonne (82)

« L'agent d'accueil en titre ne participe pas à l'instruction à l'inverse des assistants polyvalents qui ont également des missions d'instructeur. Cette mixité des agents d'accueil/instruction est intéressante, mais nécessite de la part des agents à la fois des capacités dans le savoir-être et des connaissances techniques. »

À noter : l'étape de préqualification est préconisée dans le cadre de la mise en place du nouveau formulaire de demande, qui amène les MDPH à réorganiser leurs pôles et circuits d'orientation des formulaires par dominantes de projets de vie.



MDPH de Moselle (57)

« Les cellules de pré-évaluation sont organisées autour de la dominante repérée par les agents administratifs au moment de la préparation des dossiers (tous les dossiers ne passent pas en cellule de pré-évaluation). Elle a vocation à vérifier si le dossier est prêt à l'évaluation ou demander des pièces complémentaires. Elle peut également évaluer les dossiers "simples". »

2.3 L'optimisation de l'instruction

64 MDPH²¹ ont déclaré mener des travaux pour optimiser l'organisation de la mission d'instruction : mise en place de cellules de recevabilité, de circuits courts ou spécialisés ou encore décloisonnement des différents métiers de la MDPH.



MDA de la Mayenne (53)

« Il n'existe pas de préqualification des dossiers selon la dominante du projet de vie (type vie professionnelle). Cependant, il existe bien une préqualification en fonction du statut de la demande (première demande ou renouvellement) pour la primo-ouverture du certificat médical (médecin ou IDE [infirmier diplômé d'État]) et selon les déficiences. »

MDPH de l'Oise (60)

« Mise en place de "circuits courts" avec un binôme instructeur/évaluateur. Outre les circuits courts, l'instruction des demandes est traitée en deux niveaux : une première cellule vérifie la complétude du dossier, le second niveau traite le dossier.

Travaux engagés : mise en place d'une cellule d'analyse et d'instruction des demandes (CIA), qui évalue la recevabilité et la complétude de la demande et envoie l'AR [accusé de réception] à l'utilisateur. Cela permet aux instructeurs de se concentrer uniquement sur la demande de l'utilisateur. L'envoi de l'AR à l'utilisateur est passé de 6 semaines en moyenne en 2016 à moins de 15 jours en 2017. »

MTA (maison territoriale de l'autonomie) de Saint-Pierre-et-Miquelon (975)

« Mise en place d'un circuit spécifique pour les dossiers de demande d'aménagement du parcours scolaire. Circuit raccourci pour les demandes de cartes. »

21. Sur un échantillon de 82 MDPH.

Comme les années précédentes, on note une recherche de rapprochement entre professionnels de l'accueil et de l'instruction, ou de l'instruction et de l'évaluation.



MDPH de l'Eure (27)

« Il existe une liaison étroite entre les professionnels de l'évaluation et les instructeurs dans le domaine de la PCH ou encore au sein du secteur enfants permettant une appropriation par les agents en charge de l'instruction d'un premier niveau d'expertise propre au service évaluation. Dans ce cadre, la montée en compétence des agents en charge de l'instruction a permis de développer certains automatismes allant dans le sens de la réduction des délais de traitement (relances en amont de professionnels pour l'obtention de pièces complémentaires, identification de situations d'urgence ou en risque de rupture de droits...). »

MDPH de l'Aube (11)

« Les compétences en matière d'accueil et d'instruction sont regroupées au sein de la mission accueil et suivi des demandes (MASDEM). 14 référents-dossiers polyvalents assurent le traitement et le suivi des demandes déposées sur la base d'une répartition alphabétique. Ils assurent la vérification de la recevabilité, initient l'évaluation de premier niveau et suivent les demandes tout au long du processus d'évaluation et de décision.

Une partie de cette équipe est dédiée à l'accueil. Les agents concernés se relaient par demi-journée sur la base d'un planning hebdomadaire. »

MDPH de la Marne (51)

« Un comité d'orientation et d'évaluation (COE) composé de 3 agents (instructeur, TS [travailleur social] et IDE) a été mis en place en même temps que le *workflow* au second semestre 2017. Son objet est d'orienter systématiquement tout le courrier entrant et le cas échéant, sur des situations repérées sans complexité particulière, de procéder à une évaluation rapide. Depuis sa mise en place, près de 2 000 dossiers ont bénéficié de ce traitement rapide. »

MDPH des Deux-Sèvres (79)

« Le processus de décloisonnement et d'harmonisation des pratiques d'instruction entre les droits enfants et adultes a été initié en 2017 et nous conduira à adopter une organisation en pôles :

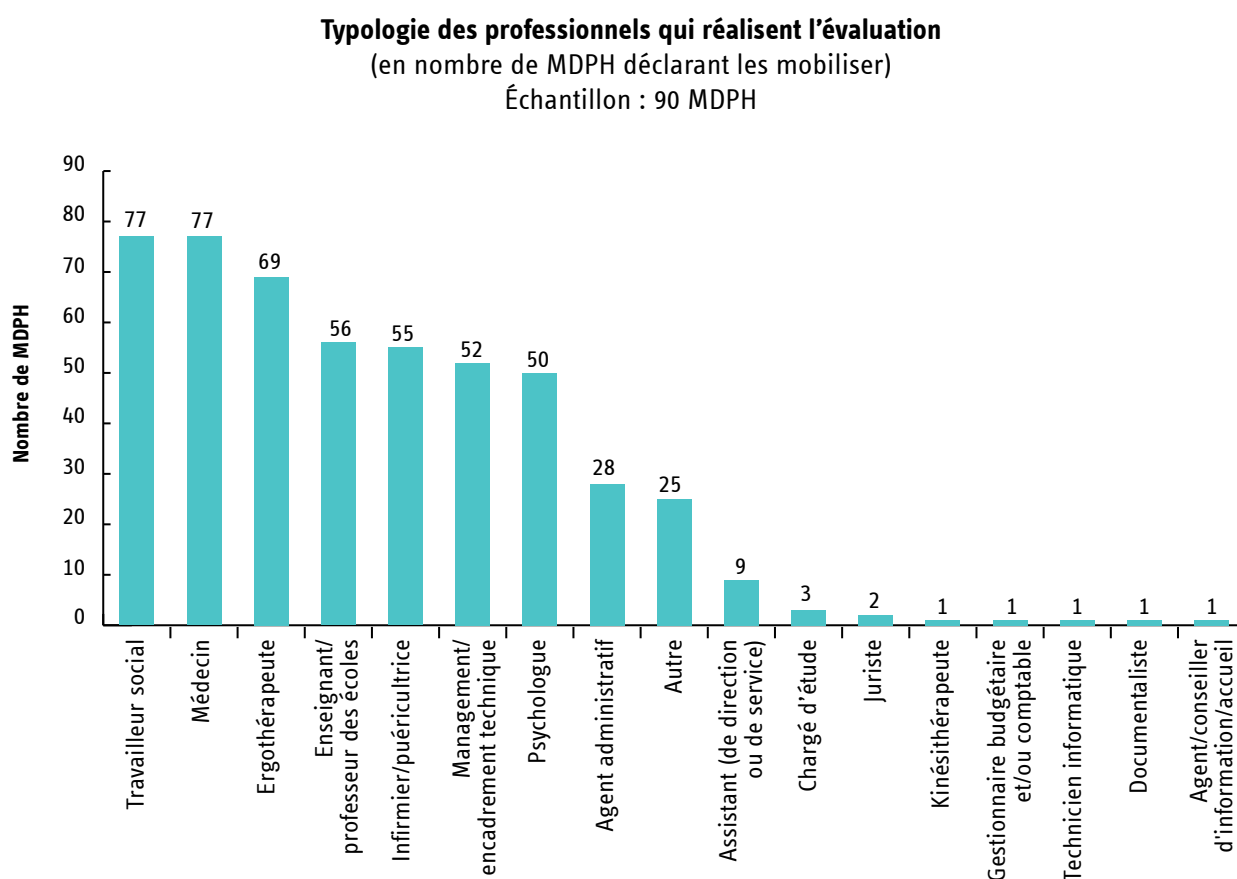
- un pôle direction/supports et analyse prospective qualitative ;
 - un pôle évaluation, accompagnement et suivi des décisions ;
 - un pôle accès administratif aux droits enfants/jeunes adultes et adultes. »
-

3. L'évaluation des situations individuelles

L'évaluation de la situation de la personne est réalisée par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH. Ses missions sont définies par les articles L. 146-8 et R. 146-28 du Code de l'action sociale et des familles (CASF). L'équipe pluridisciplinaire évalue la situation de la personne, identifie ses besoins en tenant compte de son projet de vie, élabore les réponses aux besoins, détermine éventuellement les critères d'éligibilité (dont le taux d'incapacité, le cas échéant) et propose un plan personnalisé de compensation (PPC). Elle doit « éclairer » la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) et motiver ses propositions : c'est une équipe chargée de préparer les décisions de la commission. Elle présente à la CDAPH le projet de vie, la synthèse de l'évaluation, la proposition de PPC et les remarques sur ce plan.

3.1 Moyens dédiés

38,5 % de l'ensemble des équivalents temps plein travaillés en MDPH²² en 2017 sont affectés à la mission d'évaluation.



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.

Conformément au caractère pluridisciplinaire de l'évaluation, les profils des professionnels intervenant dans le cadre de l'évaluation de la situation de la personne sont variés. Ainsi, 77 MDPH²³ ont indiqué que les évaluations mobilisaient des médecins, 69 des ergothérapeutes, 55 des enseignants, 55 des infirmiers ou puériculteurs, 52 des managers et 50 des psychologues. D'autres compétences peuvent être mobilisées, comme des agents administratifs (28 MDPH) ou des assistants (de direction ou de service – 9 MDPH).

22. Pour un échantillon de 90 MDPH.

23. Sur un échantillon de 92 MDPH.

3.2 L'organisation des équipes pluridisciplinaires

Les MDPH déclarent organiser en moyenne 7,8 catégories différentes d'équipes pluridisciplinaires. Au moins 50 % des MDPH de l'échantillon organisent plus de 6 équipes pluridisciplinaires différentes. Le minimum s'établit à une catégorie de réunion d'équipe pluridisciplinaire pour la MDPH de la Marne et le maximum à 30 pour la MDPH du Val-de-Marne.

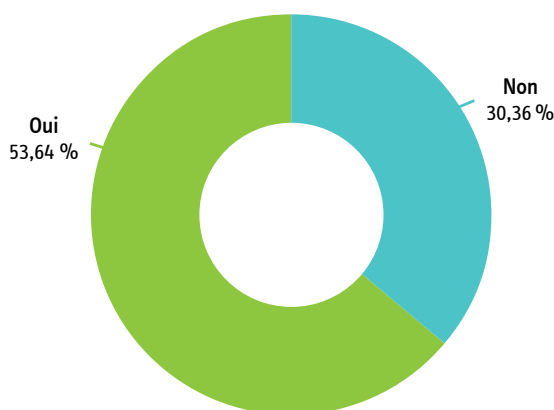
82 MDPH²⁴ ont déclaré avoir mis en place **des équipes pluridisciplinaires d'évaluation spécialisées**, dont 12 ont indiqué avoir structuré l'évaluation autour de 3 équipes pluridisciplinaires spécialisées. Les thématiques de spécialisation sont variées ; toutefois, les spécialisations principales suivantes ressortent le plus souvent :

- > équipes pluridisciplinaires établissements et services médico-sociaux ;
- > équipes pluridisciplinaires insertion professionnelle ;
- > équipes pluridisciplinaires enfants ;
- > équipes pluridisciplinaires adultes ;
- > équipes pluridisciplinaires PCH.

54 % des 83 MDPH ayant répondu ont mis en place **une équipe dédiée aux transitions de parcours**, comme celles liées à l'âge (par exemple, 16-25 ans).

Présence d'une équipe dédiée aux transitions enfants/adultes (ex. : 16-25 ans)

Échantillon : 83 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.

24. Sur un échantillon de 84 MDPH.

87 MDPH²⁵ ont déclaré avoir mis en place un circuit court d'évaluation, la plupart du temps pour étudier les demandes peu complexes (renouvellements), les demandes spécifiques et/ou les situations d'urgence (demandes de PCH, orientations en milieu scolaire...). Toutefois, seules 7 MDPH parmi elles déclarent avoir mis en place un circuit court pour la gestion des urgences.



MDPH des Hautes-Alpes (05)

« Au sein de la MDPH ont été mis en place des circuits “courts” ou “simplifiés” ayant pour objectif de traiter les demandes les moins complexes, à savoir les demandes ne nécessitant pas une équipe pluridisciplinaire complète pour aboutir à une proposition (renouvellements par exemple). Les équipes d'évaluation prennent alors la forme d'équipes pluridisciplinaires restreintes. Dans cette configuration, à ce premier niveau d'évaluation s'ajoute un deuxième niveau où sont évaluées les demandes qui nécessitent par exemple des pièces complémentaires, l'organisation d'une visite à domicile, une nouvelle prise de contact avec le demandeur. Cette organisation est identique que ce soit pour les demandes “enfants” ou “adultes”. »

MDPH de Haute-Garonne (31)

« En lien direct avec le déploiement de l'évaluation en EP niveau 1, EP niveau 2 et EP niveau 3, des circuits courts ont été maintenus pour :

- les demandes d'orientation en ULIS [unité localisée pour l'inclusion scolaire], en EGPA [enseignement général et professionnel adapté] et les demandes de maintien en maternelle afin de permettre une affectation par les services de l'Éducation nationale et pour préparer au mieux la rentrée scolaire de l'élève en situation de handicap ;
- les demandes de PCH “avec une VAD [visite à domicile] en accéléré”, dès lors que la personne sollicite la PCH en urgence ;
- les dossiers signalés par les partenaires de l'emploi, notamment les sortants de préorientation, les réorientations de CRP [centre de rééducation professionnelle], les situations signalées par le SAMETH, la CARSAT [caisse d'assurance retraite et de santé au travail], Cap Emploi, Pôle Emploi ou l'orientation sur la MISPE [mise en situation professionnelle en ESAT] ou l'emploi accompagné. »

MDPH des Alpes-Maritimes (06)

« Les demandes de renouvellement d'orientations en établissements adultes font l'objet d'un traitement simplifié. Les dossiers sont statuéés après l'enregistrement par un personnel technique. Les demandes de renouvellement font l'objet d'un traitement administratif pour certaines d'entre elles selon des critères liés à l'âge, à l'ancienneté dans la prestation et pour certaines prestations. Les dossiers urgents (fin de droits principalement) font l'objet d'un traitement prioritaire. Des circuits courts existent pour les demandes d'insertion professionnelle et pour la PCH avec les partenaires. »

25. Sur un échantillon de 88 MDPH.

MDPH de l'Aube (11)

« Des circuits courts sont prévus dans chacune des majeures. Ce traitement permet la mise en place d'une procédure d'évaluation allégée, reposant sur des critères de recevabilité et d'éligibilité non équivoques.

Le circuit court n'est pas prévu pour répondre aux situations d'urgence, qui sont traitées prioritairement dans un cadre spécifique adapté à chaque situation.

Les circuits courts concernent entre autres : les renouvellements d'AAH et CPR, les renouvellements de RQTH [reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé] et les orientations en milieu ordinaire de travail, les renouvellements d'ACTP [allocation compensatrice pour tierce personne], les premières demandes ne comportant que des demandes de RQTH et/ou de CMI, les premières demandes et renouvellement de forfaits surdité ou cécité... »

MDPH de la Guadeloupe (971)

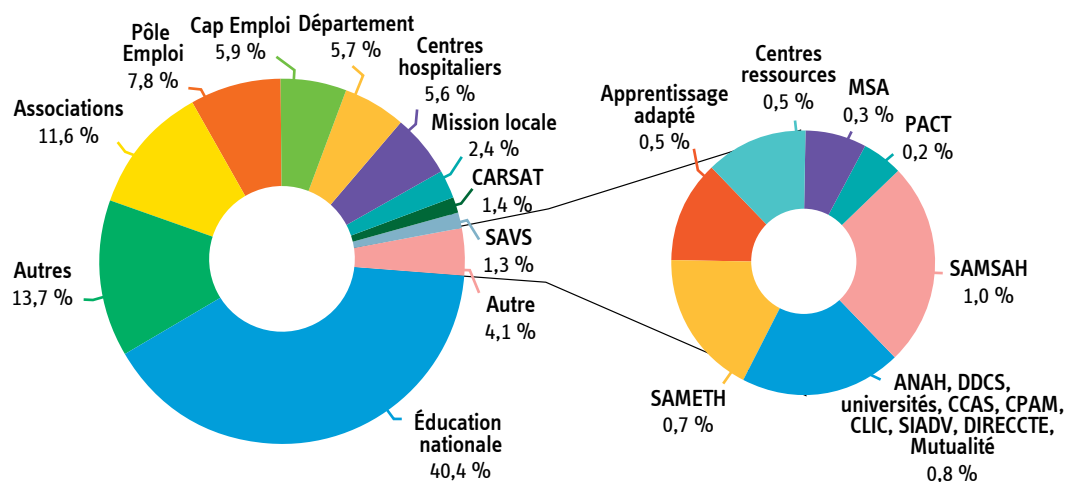
« Mise en place d'une cellule nommée "cellule d'analyse initiale" (CAI) permettant une évaluation globale et transversale des demandes et déterminant le circuit approprié pour chaque situation, réunissant coordonnateurs d'équipe, un travailleur social, un médecin. La CAI permet de déterminer les demandes qui méritent une analyse approfondie de celles qui peuvent être présentées très rapidement à la CDAPH pour décision. Instauration d'une véritable pratique de l'évaluation par binôme ou trinôme. Mise en place de circuits courts dits "accélérés". Dédoulement de l'équipe pluridisciplinaire jeunes (EPJ) et multiplication des équipes rapides (binôme). »

La mobilisation des partenaires de la MDPH est importante lors de l'évaluation. 36 MDPH sur 51 externalisent une partie de l'évaluation. Les principaux partenaires mobilisés sont les associations et le conseil départemental.

	Nombre de MDPH ayant répondu	Part des répondants déclarant une externalisation de l'équipe pluridisciplinaire aux partenaires	Principaux partenaires cités
Évaluation aide humaine	70	51 %	Conseil départemental Associations
Évaluation emploi/insertion professionnelle	68	51 %	Pôle Emploi Associations
Évaluation aides techniques et aménagement de logement	73	62 %	Associations PACT
Évaluation scolarisation	64	36 %	Éducation nationale
Autre expertise médicale ou médico-sociale	64	63 %	Prestataires privés Conseil départemental

Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.

Participation des partenaires aux réunions des équipes pluridisciplinaires d'évaluation (EPE) en 2017 et % du total des demi-journées
Échantillon : 92 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.



MDA de la Loire (42)

« La participation des partenaires aux équipes d'évaluation est déterminante, notamment celle de l'Éducation nationale et du service public de l'emploi. La plus-value de cette participation s'analyse en termes d'expertise, d'harmonisation des pratiques, de diffusion des outils d'évaluation, autant d'éléments favorables à l'émergence d'une culture commune sur le territoire. »

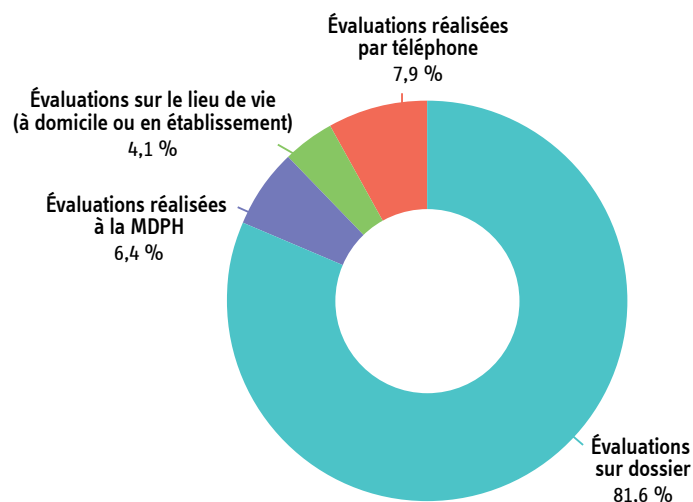
MDPH de Charente-Maritime (17)

« Un travail de réorganisation important des procédures d'évaluation de la PCH avait été mis en place en 2016. L'année 2017 a donc permis de poursuivre ou de mettre en œuvre certaines actions lancées en 2016. Pour les évaluations d'aménagement de logement, une convention avait été conclue avec l'ARFAB (association régionale de formation de l'artisanat du bâtiment) Poitou-Charentes fin 2016. La MDPH peut faire appel à l'ARFAB pour 2 types de prestations : l'analyse comparative des devis relatifs aux projets d'aménagement du logement et le conseil et l'assistance technique aux ergothérapeutes. Un appui est apporté aux évaluateurs pour évaluer la pertinence des devis au regard des préconisations des ergothérapeutes et déterminer avec précision les éléments du surcoût lié au handicap. »

En 2017, les 55 MDPH ayant renseigné cette donnée indiquent que 81,6 % des demandes sont instruites sur dossier, confirmant les tendances des précédentes années. Les MDPH déclarent ne réaliser des temps d'échange complémentaires (physiques ou téléphoniques) que pour les situations les plus complexes.

Répartition des modes d'évaluation en 2017

Échantillon : 55 MDPH



- Les évaluations réalisées uniquement sur dossier représentent 81,6 % des évaluations réalisées par les MDPH (82,9 % en 2016).
- 7,9 % des évaluations sont complétées par un entretien téléphonique (5,1 % en 2016).
- Pour 6,4 % des situations, les évaluations sur dossier sont complétées par un entretien avec la personne à la MDPH (6,8 % en 2016).
- Les évaluations ayant donné lieu à au moins un déplacement sur le lieu de vie représentent 4,1 % du total des évaluations réalisées par les MDPH (5,2 % en 2016).
- Les évaluations réalisées par les partenaires extérieurs représentent 3 % du total des évaluations réalisées en 2017. Cette part reste stable par rapport à 2016.

Source : CNSA, échanges annuels 2017.



MDA du Cantal (15)

« L'EPE se réunit en temps de stratégie pour déterminer les évaluations à réaliser au regard des demandes déposées puis en temps de synthèse pour élaborer le PPC.

Elle instruit la majorité des dossiers sur pièces ; cependant, pour les premières demandes d'allocation ou d'orientation un entretien avec le travailleur social est organisé. Pour les premières demandes de PCH, une visite est effectuée au domicile par l'infirmière et/ou l'ergothérapeute. Elles déterminent ainsi les critères d'éligibilité de la prestation et affinent les besoins de compensation.

S'agissant des premières demandes relatives à l'insertion professionnelle (RQTH, apprentissage ou orientation) le RIP s'entretient systématiquement avec l'utilisateur. »

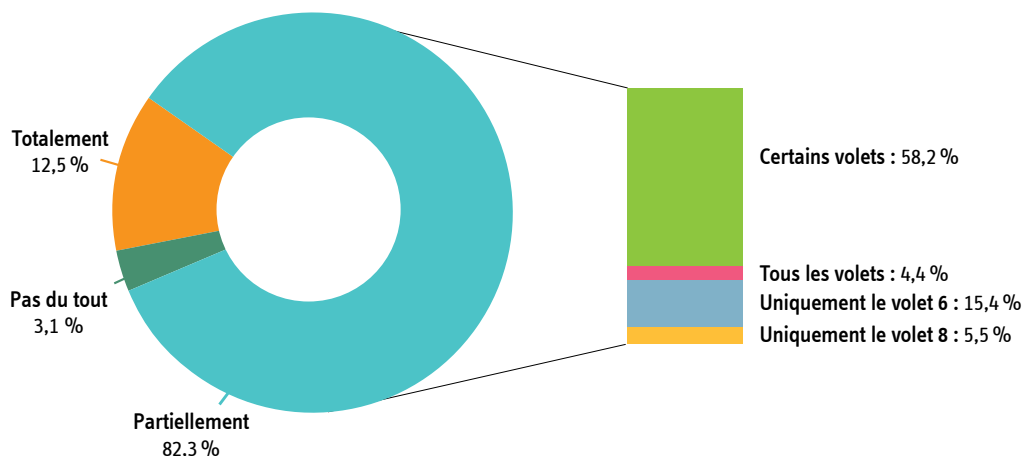
3.3 L'utilisation d'outils réglementaires de soutien à l'évaluation

Les outils GEVA et GEVA-Sco sont mentionnés par les MDPH comme des outils structurants permettant la réalisation de l'évaluation. Concernant le GEVA, seuls 3,1 % des MDPH déclarent ne pas du tout l'utiliser. 12,5 % des MDPH indiquent l'utiliser totalement et 82,3 % l'utiliser partiellement.

Utilisation du guide d'évaluation des besoins (GEVA)

Échantillon : 94 MDPH

- 82,3 % des MDPH l'utilisent partiellement et 12,5 % totalement.
- Lorsqu'elles utilisent le GEVA partiellement, 58,2 % des MDPH utilisent certains volets, 4,4 % l'utilisent pour tous les volets, 15,4 % uniquement pour le volet 6 et 5,5 % pour le volet 8.

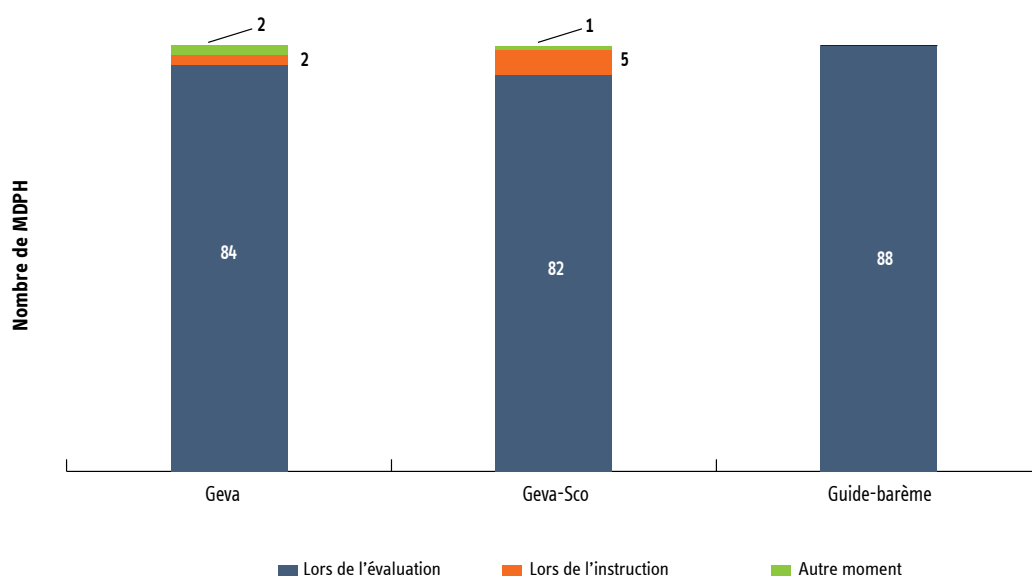


Source : CNSA, échanges annuels 2017.

Le GEVA comme le GEVA-Sco peuvent aussi être utilisés lors de l'instruction (respectivement par 2 et 5 MDPH).

Temporalité d'utilisation du GEVA et du GEVA-Sco

Échantillon : 88 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.

En plus de ces outils, plusieurs MDPH ont indiqué utiliser :

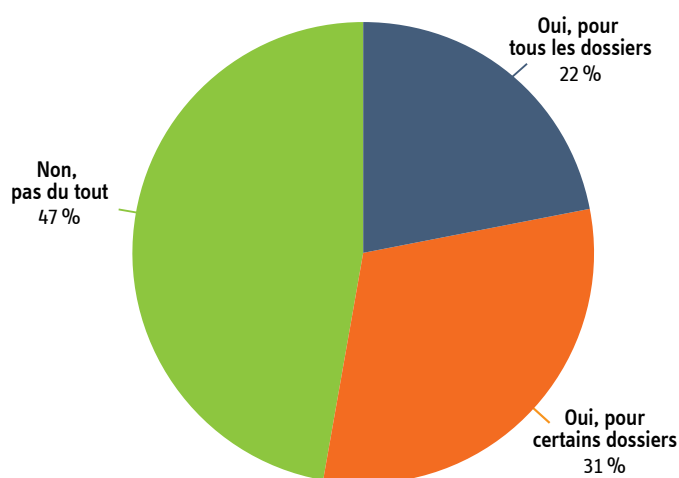
- des arbres décisionnels (notamment pour l'évaluation de la restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi – RSDAE) ;
- le guide de tarification des aides techniques ;
- d'autres outils développés localement, par exemple le triptyque d'aide à l'évaluation des personnes en situation de handicap psychique développé initialement en 2011 par l'UNAFAM 78, la MDA des Yvelines et le réseau psychiatrie santé mentale des Yvelines ;
- les outils et guides produits par la CNSA, par exemple les guides techniques troubles Dys, troubles du spectre de l'autisme, aides techniques..., les arbres de décision (institut thérapeutique, éducatif et pédagogique – ITEP, allocation d'éducation de l'enfant handicapé – AEEH...).

3.4 Le codage des déficiences

En 2017, sur 101 MDPH ayant répondu à cette question, 53 % indiquent coder les déficiences (contre 55 % en 2016). Parmi ces MDPH, 22 % déclarent le faire pour toutes les situations (contre 20 % en 2016) et 31 % le font pour certains types de situations (contre 35 % en 2016).

En 2017, pratiquez-vous le codage des déficiences dans le cadre de l'évaluation ?

Échantillon : 101 MDPH

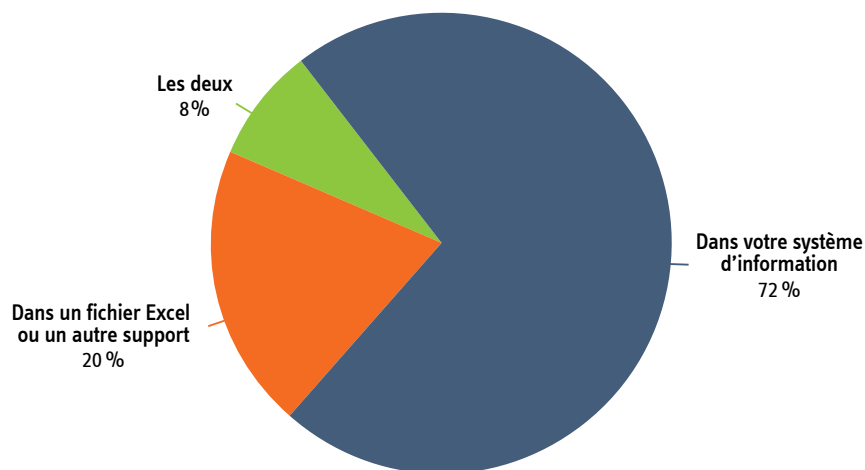


Source : CNSA, échanges annuels 2017.

Lorsqu'elles pratiquent le codage des déficiences dans le cadre de l'évaluation (échantillon de 53 MDPH), dans 72 % des cas, les MDPH saisissent les éléments dans leur système d'information. Dans 20 % des cas, elles utilisent un fichier Excel ou un autre support. Dans 8 % des cas, elles combinent l'usage de leur système d'information et d'un autre support.

Si vous codiez les déficiences (partiellement ou totalement), comment les codiez-vous ?

Échantillon : 53 MDPH

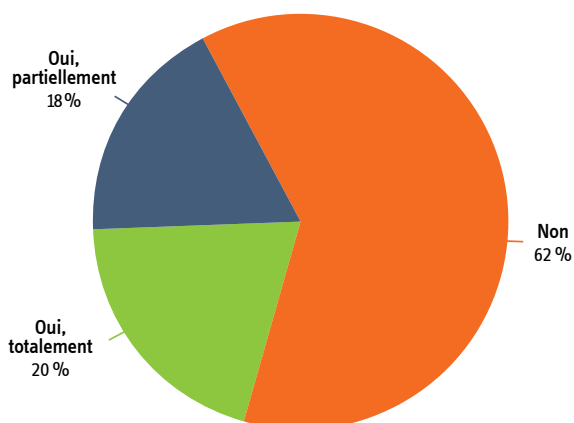


Source : CNSA, échanges annuels 2017.

Le codage des troubles du spectre autistique (TSA) dans le cadre de l'évaluation est moins réalisé : 38 % des 89 MDPH de l'échantillon déclarent effectuer ce codage totalement (20 %) ou en partie (18 %). Le codage se fait dans leur système d'information (dans 65 % des cas), dans un fichier Excel ou un autre support (dans 29 % des cas) ou les deux (dans 6 % des cas).

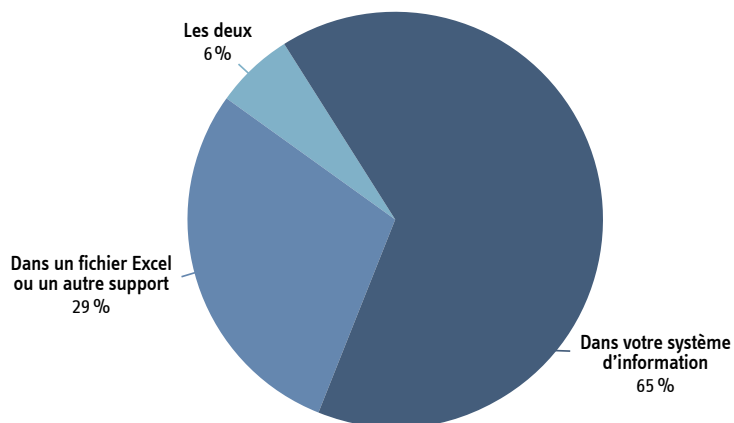
En 2017, pratiquiez-vous le codage des TSA dans le cadre de l'évaluation

Échantillon : 89 MDPH



Si vous codiez les TSA, comment les codiez-vous ?

Échantillon : 34 MDPH



Source : CNSA, échanges annuels 2017.

La formation des agents

Les MDPH soulignent la nécessité d'entretenir un haut niveau de savoir-faire des équipes d'évaluateurs. À ce titre, parmi 81 MDPH ayant répondu, 63 ont indiqué mettre en place des formations spécifiques destinées aux membres de l'équipe pluridisciplinaire. Les thématiques des formations citées sont variées :

- appropriation des outils (guide-barème, GEVA...) ;
- éligibilité à l'AAH, à l'AEEH et à la PCH ;
- formation sur le handicap psychique, les troubles Dys, le polyhandicap ou encore l'évolution de l'accompagnement médico-social.

Ces formations des professionnels sont également renforcées par la participation à des colloques ou à des journées thématiques organisées par la CNSA ou les partenaires des MDPH (associations...).



MDPH de Haute-Garonne (31)

« Bien sûr, afin d'accompagner l'équipe dans ses missions, la MDPH, en lien étroit avec le CNFPT, met en place depuis plusieurs années des formations thématiques.

Ainsi, une formation guide-barème est régulièrement proposée aux nouveaux arrivants de l'EP d'évaluation, ainsi que sous forme de formation continue pour les professionnels de l'évaluation et récemment aux agents instruction, ou aux conseillers d'information. Il est en effet indispensable que cet outil de base de l'évaluation du taux d'incapacité soit connu par l'ensemble des agents de la MDPH.

Des formations avec des thèmes particuliers (autisme, cérébrolésion, lombalgie, troubles des apprentissages, gestion de l'agressivité, accueil...) sont également mises en place. »

MDPH de Meurthe-et-Moselle (54)

« Deux professionnels de l'équipe pluridisciplinaire ayant suivi un cycle à la CNSA de formateur relais sur la prestation de compensation du handicap ont développé une formation spécifique à ce sujet et l'ont dispensée à l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire. Les équipes réseaux ont également été formées à cette occasion.

L'équipe d'encadrement de la MDPH ainsi qu'une partie de l'équipe pluridisciplinaire a suivi une formation interdépartementale sur la scolarisation des élèves handicapés afin notamment de développer une culture commune et de renforcer le travail en réseau.

Enfin, des groupes de lecture et de restitution ont été constitués en 2017 pour s'approprier collectivement les différents guides pratiques sur l'évaluation édités par la CNSA (aide humaine, aide technique, handicap psychique...). »

MDPH du Var (83)

« Une équipe technique dite plénière sur la PCH a été créée afin d'avoir une veille réglementaire et d'interroger constamment les pratiques des professionnels de la PCH.

En 2018, ce lieu de réflexion sera mis en place pour les professionnels qui traitent l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap. »

L'amélioration de la mission d'évaluation

69 MDPH, sur un échantillon de 83, ont déclaré conduire des actions pour optimiser l'organisation de l'évaluation (exemples : création d'outils spécifiques et partagés, définition de différents niveaux d'évaluation, mise en place de référents de dossiers chargés du suivi de l'enregistrement à la notification...).



MDPH du Nord (59)

« L'évaluation est répartie entre les 5 territoires de la MDPH : Lille/Roubaix-Tourcoing/Flandres intérieure et maritime/Valencienne/Douai-Cambrai. Les référents dossiers sont chargés du suivi du dossier de son enregistrement à la notification de la décision. Ils disposent d'une expertise réglementaire des prestations et travaillent avec les plateaux techniques (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, enseignants). Ils forment ainsi des binômes de premier niveau et étudient l'ensemble du dossier (pas de dominante). Si le binôme a besoin de plus d'information ou d'expertise, on passe à une évaluation de second niveau. »

MDPH des Landes (40)

« Organisation d'un groupe de travail avec les représentants des ESMS enfants pour travailler sur un compte-rendu d'accompagnement commun.

Développement accru de la polyvalence des coordonnateurs (réfèrent insertion professionnelle, coordonnateur de l'équipe pluridisciplinaire enfant, coordonnatrice de l'EP 16-25) afin d'assurer une continuité de service et de traiter toute demande, quelle que soit sa nature, en équipe pluridisciplinaire restreinte de premier niveau. Cela nous a permis de gagner en transversalité et globalité de traitement des demandes. »

MDPH de Meurthe-et-Moselle (54)

« Un outil spécifique d'aide à l'élaboration des plans personnalisés de compensation a été développé en interne, sur tableur, en 2016 et s'est généralisé en 2017 pour l'ensemble des PPC, fiabilisant l'ensemble des calculs nécessaires aux plans et générant des gains de temps significatifs. »

Le lien entre les équipes d'instruction et d'évaluation est nécessaire à la bonne instruction du dossier. Aussi, plusieurs MDPH développent une transversalité entre les services de l'instruction et ceux de l'évaluation, que ce soit par des outils communs ou par la mise en place d'une organisation facilitant les temps d'échanges entre les professionnels.



MDPH de Meurthe-et-Moselle (54)

« Des missions nouvelles apparaissent en 2017 au sein des équipes d'instruction et d'évaluation pour développer la transversalité :

- la fonction d'instructeur de plan d'accompagnement global, chargé de centraliser les informations et d'optimiser les liens avec l'équipe pluridisciplinaire lorsqu'émerge un PAG ;
- la fonction de référent PAG, chargé de piloter l'élaboration des plans d'accompagnement globaux ;
- la fonction de référent Via Trajectoire pour actualiser l'information sur la mise en œuvre des décisions et pour développer les liens avec les établissements.

La participation de certains instructeurs aux travaux de l'équipe pluridisciplinaire, les équipes de primo-évaluation, poursuivent par ailleurs leur développement en 2017, tant pour les prestations enfants qu'adultes. »

MDPH de la Somme (80)

« Des agents instructeurs participent toujours aux différentes EP. Cela permet de rédiger en direct les PPC ou les demandes de pièces à envoyer aux usagers (gain de temps).

Pas d'organisation sur des bureaux communs instructeurs/évaluateurs. »

MDPH de Moselle (57)

« Il existe 3 pôles : enfant/adulte/transverse (demande PCH pour tout âge). Au niveau administratif, les agents instructeurs sont attachés à chaque pôle et se soutiennent en fonction des nécessités de service. Le lien entre agents instructeurs et évaluateurs se fait *via* des outils opérationnels pour permettre la notification (fiche de synthèse reprenant les compensations). [...] Sur le pôle moins de 20 ans, des réunions communes évaluateurs/instructeurs sont organisées pour permettre à chacun une appropriation minimale des *process* des uns et des autres et ainsi assurer la continuité de service et la réponse à l'utilisateur. »

MDA de la Mayenne (53)

« Le rapprochement des services instruction et évaluation doit permettre d'optimiser l'organisation de l'évaluation de la MDA. De plus, des groupes de travail ont été mis en place avec comme objectif principal la réduction du délai de traitement et de réponse à l'utilisateur. Ces groupes de travail consistaient à recenser les missions de chaque corps de métier en listant les procédures et les contraintes de chacun. Ce travail a permis d'amorcer la réflexion autour de l'organisation du circuit de la demande. »

La recherche de polyvalence entre les professionnels de l'instruction et de l'évaluation est de plus en plus corrélée avec la volonté de conduire une évaluation globale de l'usager.



MDPH de Savoie (73)

« L'organisation de la MDPH telle qu'elle est à l'heure actuelle ne permet pas toujours une évaluation globale des besoins de personnes. Pour autant, les moyens mis en EPE et les partenaires sont riches. Les difficultés rencontrées sont principalement le manque de polyvalence des agents instructeurs et des évaluateurs, qui aboutit à une évaluation morcelée des besoins de la personne.

La recherche de la polyvalence ne devant pas se faire au détriment de la qualité de la réponse à apporter, des temps de travail vont avoir lieu pour trouver le meilleur équilibre possible dans l'intérêt des personnes en situation de handicap. »

MDPH de Tarn-et-Garonne (82)

« Posée lors de la constitution du GIP en 2006, cette organisation tendra inévitablement à évoluer dans les années à venir vers une plus grande polyvalence des personnels, à la fois pour mieux répondre à la prise en compte globale des besoins des usagers dans le cadre du nouveau formulaire de demande générique, mais aussi qu'elle a montré ses limites dans le contexte d'augmentation de l'activité à effectifs quasi constants. »

MDPH de Dordogne (24)

« La MDPH est organisée actuellement en trois pôles (adultes/enfants/PCH), au sein desquels les équipes d'instruction et d'évaluation travaillent en lien étroit. La réorganisation prévue en 2018 permettra d'aller vers davantage de polyvalence. »

Néanmoins, les modèles organisationnels restent variés, et certaines MDPH conservent des pôles séparés.



MDPH de Haute-Savoie (74)

« Les équipes d'instruction et d'évaluation travaillent en grande proximité, mais les agents appartiennent à deux services différents relevant de deux responsables différents. Leurs activités sont effectuées à des moments différents du circuit du dossier. Des tests avaient été effectués pour que la saisie de la proposition de l'EP soit faite en même temps que l'évaluation. Ces tests n'ont pas été concluants, il s'avère que le binôme instructeur-évaluateur perdait du temps tour à tour. »

MDPH des Bouches-du-Rhône (13)

« À ce jour, pas de regroupement. C'est le responsable de secteur qui participe à l'EP qui fait le lien. »

4. La décision

La CDAPH décide de l'attribution des aides auxquelles la personne en situation de handicap a droit et de l'orientation qui lui est adaptée en prenant les mesures propres à assurer son insertion scolaire, professionnelle et sociale. Elle prend sa décision sur la base de l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire, des souhaits exprimés par la personne dans son projet de vie et du plan de compensation dans le respect des critères réglementaires d'attribution des prestations²⁶.

4.1 L'organisation des CDAPH

Conformément aux articles L. 241-5 et R. 241-25 du CASF, les commissions exécutives des MDPH peuvent organiser des CDAPH en sections locales ou spécialisées en sus des formations plénières. Ainsi, sur un échantillon de 88 MDPH, 49 % déclarent avoir mis en place des CDAPH spécialisées²⁷. Les thématiques de spécialisation retenues sont variées et diffèrent selon les MDPH. L'analyse des rapports d'activité semble indiquer que les CDAPH spécialisées sont principalement organisées autour de 3 thématiques : enfants, adultes et PCH.

À noter : 9 MDPH sur un échantillon de 89 ont indiqué avoir mis en place des CDAPH territoriales. Dans le cas de CDAPH plénières et d'un pendant territorial ou spécialisé, l'organisation entre les deux formations peut varier.

En effet, pour certaines MDPH, la CDAPH restreinte permet essentiellement :

- d'accueillir l'utilisateur qui le souhaite pour proposer des décisions à la commission plénière (sans fonction décisionnelle) ;
- ou d'examiner spécifiquement certaines situations prédéfinies (AAH, RSDAE).

D'autres modalités organisationnelles sont également possibles.



MDPH du Calvados (14)

« Le GIP MDPH du Calvados a fait le choix en 2006 de fonctionner avec une commission plénière examinant l'ensemble des situations enfants et adultes dans une dynamique de parcours et une commission restreinte en charge d'examiner les situations simples faisant consensus.

La commission plénière : composée de 23 membres, elle [...] statue sur toutes les premières demandes et révisions d'allocation, d'orientation et de formation professionnelle, de parcours de scolarité, les recours et appels à porter et les situations complexes, les prestations de compensation du handicap, les refus lors d'un renouvellement des droits, les demandes des personnes handicapées (ou leurs représentants) ayant souhaité être entendues par la commission.

[...]

26. Article L. 146-9 du Code de l'action sociale et des familles.

27. Données issues des rapports d'activité 2017.

La commission restreinte : l'implication des membres reste importante. Composée de trois membres (un représentant du conseil départemental, un représentant de l'État ou des organismes de protection sociale, un représentant des associations de personnes handicapées), elle se réunit le mardi après-midi, pour traiter les demandes relatives au :

- renouvellement d'un droit ou d'une prestation dont bénéficiait une personne handicapée dont le handicap et/ou la situation n'a pas évolué de façon significative ;
- reconnaissance des conditions prévues au 2° de l'article L. 381-1 du Code de la sécurité sociale en vue de l'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse de la tierce personne d'une personne handicapée ;
- attribution de la carte d'invalidité ou de la carte portant la mention "priorité pour personne handicapée", mentionnées respectivement aux articles L. 241-3 et L. 241-3-1 du Code de l'action sociale et des familles ; et carte mobilité inclusion depuis le 1^{er} juillet 2017 ;
- situations d'urgence ;
- accords d'orientation professionnelle et de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ;
- premières demandes en accueil temporaire lorsque l'orientation en ESMS est déjà notifiée ;
- rejets de droits pour des conditions administratives et demandes annulées par la personne ;
- renouvellements de prestation de compensation du handicap à l'identique ;
- rejets de complément de ressources si le taux d'incapacité est déjà fixé comme inférieur à 80 %.

MDPH de l'Ariège (09)

« Les CDAPH spécialisées ne peuvent examiner les demandes de PCH, les amendements Creton, les dérogations EHPAD [établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante]. »

MDPH de la Meuse (55)

« La COMEX depuis plusieurs années a souhaité que la CDAPH puisse se réunir également en section restreinte afin d'auditionner les personnes handicapées repérées comme fragiles et pour lesquelles l'audition en plénière est trop éprouvante ou les parents des enfants handicapés, dont la situation est complexe ou conflictuelle. »

MDPH de l'Allier (03)

« Existence de commissions locales en territoires qui émettent un premier avis sur les demandes avant que la CDAPH plénière ne confirme. »

Dans d'autres situations, les délégations territoriales sont pleinement responsables et délibèrent sur l'ensemble des droits et prestations ; la CDAPH plénière a alors un rôle de coordination et d'harmonisation des pratiques.



MDPH des Pyrénées-Atlantiques (64)

« 2 sections territorialisées prennent les décisions pour chaque demande qui leur est présentée.

La CDAPH plénière se réunit une fois par trimestre et rassemble les titulaires et les suppléants, pour faire le point sur le fonctionnement des sections, retenir une jurisprudence, assurer une veille juridique et recevoir une formation. »

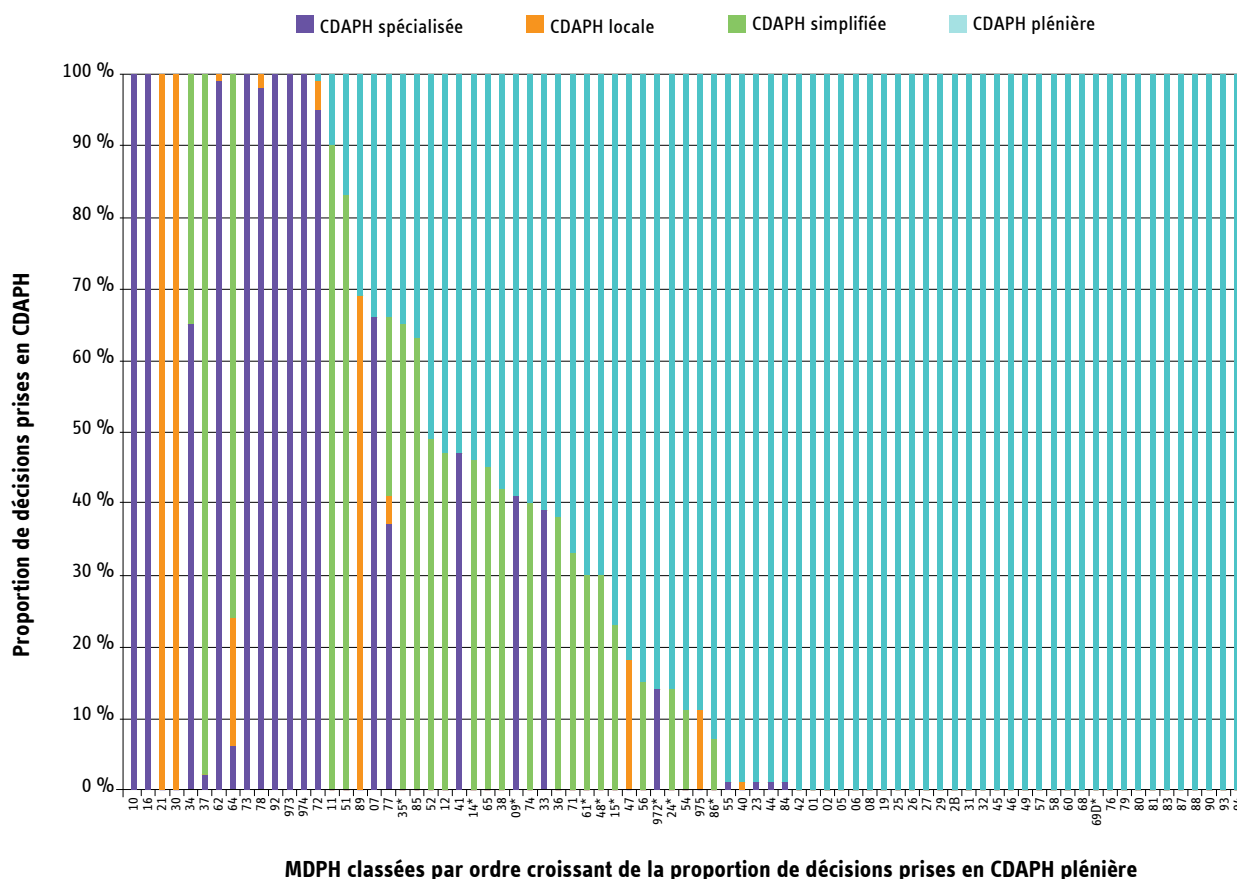
Il semble que les modes d'organisation des CDAPH se diversifient.

Si le taux de décisions prises en CDAPH plénière reste fort, il diminue légèrement cette année : sur un échantillon de 79 MDPH, 73 % déclarent prendre davantage de décisions en CDAPH plénières que dans les autres formations de CDAPH, soit 3 points de moins qu'en 2016.

À l'inverse, la proportion des MDPH déclarant que la totalité des décisions est prise en CDAPH plénière baisse fortement : elle est de 39 % en 2017 contre 48 % en 2016.

Part des décisions prises selon la nature de la CDAPH en 2017

Échantillon : 79 MDPH



Source : CNSA, échanges annuels 2017.

4.2 L'amélioration du processus de décision

Plusieurs leviers sont ainsi identifiés par les MDPH pour permettre une prise de décision de qualité.

Ces actions peuvent prendre plusieurs formes, de la formation des membres à la diffusion d'outils d'aide à la décision (« jurisprudence locale » par exemple) ou l'organisation de visites en ESMS.



MDA de Saône-et-Loire (71)

« Afin de garantir une équité de traitement, un recensement des décisions dites “de principe” est effectué ce qui permet aux membres de s'y référer en cas de situation analogue et aboutit à une “jurisprudence locale”. L'autodiagnostic a révélé le besoin pour les membres de la CDAPH de disposer, lors des séances, d'un recueil précisant les conditions d'attribution des prestations et orientations relevant de leurs compétences : ainsi un “kit outillage” a été élaboré et validé par les membres de la CDAPH : le format reste à préciser pour une mise en circulation prévue en 2018. »

MDPH de l'Aude (11)

« Une formation à destination des membres de la CDAPH sur le guide-barème a été construite par les évaluateurs afin de partager un vocabulaire commun.

Les membres de la CDA plénière ont participé à une réflexion sur les pistes d'amélioration de son fonctionnement et ont retenu les pistes suivantes :

- en termes de fonctionnement des CDA plénières et simplifiées : les demandes de cartes seules pour des personnes ayant dépassé l'âge légal de la retraite seront présentées par liste, ainsi que les personnes demandant la prise en charge d'audioprothèses en 2017 ;
- la mise en œuvre d'un PV des décisions plus détaillé ;
- la mise en place de temps de formation sur la notion d'informations partagées à destination des professionnels et des membres de la CDA ;
- la possibilité d'augmenter le nombre de CDA simplifiées sur la période estivale ;
- la pertinence de mettre en place des séances supplémentaires de la CDA en fonction des pics d'activité. »

MDPH de Haute-Garonne (31)

« En complément du mémento présentant à la fois les droits et prestations relevant de la CDAPH et de la MDPH, mais également les principales prestations relevant d'autres acteurs, il a été organisé depuis 3 ans maintenant, des réunions une à deux fois par trimestre pour présenter :

- les nouveaux projets menés par les acteurs des territoires ;
- les nouveaux textes et les évolutions réglementaires ;
- les modifications quant à l'organisation de la MDPH.

Ces réunions de la CDAPH se tiennent sur des temps différents des commissions. Ces temps d'échanges avec les membres sont particulièrement importants et permettent à l'équipe de la MDPH de mieux prendre en compte les attentes des associations et celles des publics qu'elles accompagnent. C'est vraiment des étapes clés dans la construction d'une véritable MDPH au service de personnes et de leurs familles. »

MDPH de l'Essonne (91)

« Organisation de réunions de travail avec le président et les vice-présidents pour l'amélioration de l'étude des dossiers présentés en séance (critères de passage, harmonisation de la présentation des dossiers).

Mise à jour concertée du règlement intérieur et du recueil des décisions de la CDAPH.

Création d'une commission "contestation/invitation" étudiant systématiquement les demandes de sortie d'établissement et recevant les usagers ayant émis ce souhait. »

Malgré les efforts réalisés, les MDPH mettent en avant des difficultés persistantes pour réunir le *quorum* nécessaire pour la prise de décision.



MDMPH (maison départementale métropolitaine des personnes handicapées) du Rhône (69)

« Problème récurrent de *quorum* en plénière. En préparatoire, seule la moitié des membres sont présents. »

MDPH du Lot (46)

« La MDPH travaille avec un nombre important de partenaires. C'est d'ailleurs une condition nécessaire pour conduire correctement l'ensemble des missions. Bien que qualifié de fort, ce partenariat reste toutefois insuffisant. Les services de l'État, la DIRECCTE, la DDCSPP sont moins présents. Pour exemple, un grand nombre de CDAPH se déroule sans aucun partenaire de l'État. »

MDPH de Haute-Saône (70)

« Après débat en commission exécutive, un courrier du président a été adressé à tous les membres afin de leur rappeler l'importance de l'instance et de l'exigence du respect du *quorum*.

[...] Les absences nombreuses des [...] services de l'État à l'exception de l'Éducation nationale pèsent lourd dans le bon fonctionnement de la CDAPH. »

5. L'accompagnement des décisions et le suivi des orientations

Le suivi des décisions et l'accompagnement des usagers dans l'application de leurs droits constituent des missions jusqu'à présent peu développées par les MDPH et principalement assurées pour des situations spécifiques.

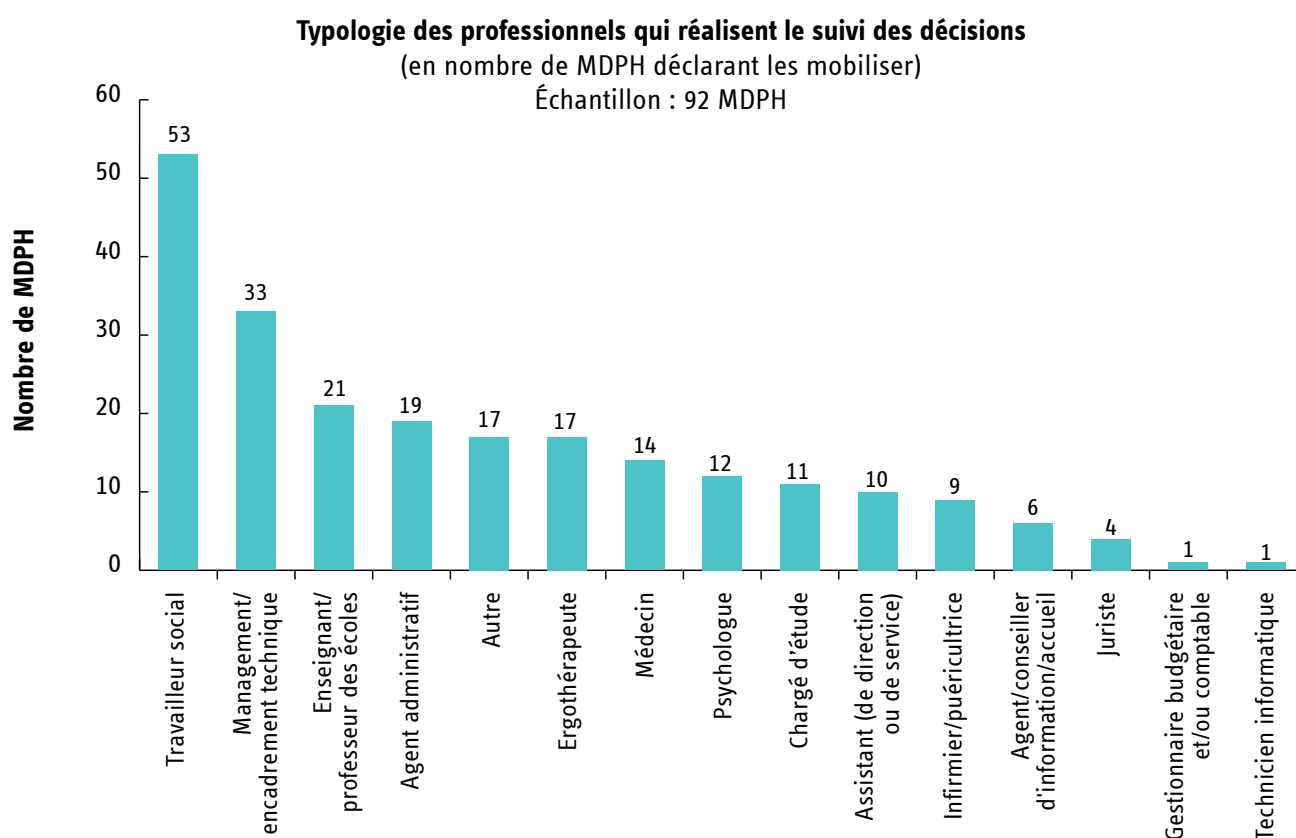
Ainsi, seuls 3,3 % des ETP travaillés²⁸ sont dédiés à cette mission.



MDPH de l'Eure (27)

« La part de l'activité de la MDPH consacrée au suivi des décisions se concentre sur des situations très spécifiques : les usagers suivis dans le cadre de la commission des situations critiques ou la cellule de veille du dispositif RAPT, les situations complexes en ESAT ou encore les jeunes adultes maintenus au titre de l'amendement Creton afin qu'ils puissent prioritairement bénéficier d'une réponse appropriée à leurs besoins dans le champ adulte. »

Les profils des professionnels intervenant sur le suivi des décisions sont multiples. Les travailleurs sociaux et les cadres se distinguent : 53 MDPH indiquent mobiliser les travailleurs sociaux, 33 les cadres. Viennent ensuite les enseignants (cités par 21 MDPH), les agents administratifs (19) ou encore les ergothérapeutes (17).



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.

Le suivi réalisé par les MDPH peut prendre plusieurs formes et être axé sur plusieurs sujets :

- 65 MDPH²⁹ ont déclaré dans leur rapport d'activité suivre totalement (25 MDPH) ou en partie (40 MDPH) la liste d'attente des ESMS de leur territoire ;
- 30 MDPH³⁰ réalisent un suivi général des décisions rendues par la CDAPH (tout périmètre de décisions) ;
- 45 MDPH³¹ réalisent un suivi des décisions d'orientation en ESMS.

Plusieurs MDPH indiquent dans leur rapport d'activité avoir développé des outils locaux pour assurer ce suivi.



MDPH de l'Orne (61)

« Le suivi des décisions est réalisé pour partie par la MDPH, il porte à la fois sur les décisions d'orientation en ESMS et sur l'ouverture des droits PCH. Le suivi des échéances des droits financiers (PCH, AAH, ACTP, AEEH) est également réalisé par la MDPH avec envoi 6 mois avant l'échéance du dossier de renouvellement.

Les orientations professionnelles sont quant à elles suivies par les partenaires du service pour l'emploi, destinataire des décisions.

Les décisions touchant à la scolarité (AVS [auxiliaire de vie scolaire], orientation scolaire, MPA [matériel pédagogique adapté]) sont accompagnées par les enseignants-référents. »

MDPH de l'Indre (36)

« Plusieurs outils :

- un questionnaire annuel aux bénéficiaires d'une orientation "adulte" sur leur volonté d'intégrer ou pas un établissement ;
- des échanges systématisés sur les entrées/sorties en établissement "adultes" et la liste d'attente ;
- des réunions régulières annuellement sur les priorités au sein des listes d'attentes en établissement "enfants et adultes" ;
- un protocole partagé avec les ESMS sur les situations prioritaires à accueillir. »

MDPH de Loir-et-Cher (41)

« Recueils des informations auprès des ESSMS sous forme de liste d'effectif. »

MDPH de Loire-Atlantique (44)

« L'outil Sphinx est utilisé, dans l'attente du déploiement de Via Trajectoire début 2019. Il s'agit d'une enquête en ligne, créée sur la base du cadre de référence de Via Trajectoire que les ESMS de Loire-Atlantique remplissent en permanence. Ce suivi (des accompagnements réalisés et des listes d'attente) permet à ce jour un meilleur partage de l'information. Il peut aussi constituer un outil de dialogue entre la MDPH et les établissements, dans le cadre de situations individuelles accompagnées par la MDPH. »

29. Sur un échantillon de 88 MDPH.

30. Sur un échantillon de 85 MDPH.

31. Sur un échantillon de 86 MDPH.

Dans ce contexte, la perspective du déploiement piloté au niveau de chaque région et sur l'ensemble du territoire national métropolitain d'un système d'information de suivi des orientations est relevée par plusieurs MDPH comme un élément important concourant à l'amélioration du suivi des décisions et de leur mise en œuvre.



MDPH de l'Eure (27)

« La qualité des prises en charge et de l'accompagnement des personnes handicapées peut être appréciée par l'offre de services et d'établissements permettant de répondre aux besoins des personnes en situation de handicap. Dès lors, le suivi des décisions prononcées par la CDAPH apparaît essentiel en termes de politique publique puisqu'il permet d'une part un accompagnement individualisé des personnes ayant déposé un dossier auprès de la MDPH, et d'autre part d'interroger l'implantation des établissements et services, ainsi que leur capacité.

À ce jour, il n'existe pas dans l'Eure un suivi centralisé des décisions prononcées. Certaines initiatives ont été prises, notamment dans un souci de gestion des listes d'attente, avec la mise en place d'échanges entre la MDPH et certains établissements ou services. Cela permet aux équipes de la MDPH de connaître à un instant T les suites réservées aux décisions d'orientation prononcées par la CDAPH et les délais d'exécution des décisions d'orientation. [...] Le travail de partenariat avec les ESMS, les enseignants-référents et les autres partenaires reste donc limité faute d'outil spécifique permettant un suivi en temps réel des listes d'attente et des admissions. La MDPH de l'Eure voit donc une opportunité réelle au déploiement de l'outil Via Trajectoire à horizon 2019, qui devrait permettre un rapprochement de l'offre et des besoins, pour une meilleure connaissance territoriale et un état à jour des listes d'attente au sein de chaque ESMS du département. »

MDPH de l'Aube (10)

« Suite à cette phase de déploiement, Via Trajectoire propose désormais un annuaire départemental, une mise à jour régulière des effectifs présents dans les ESMS, des informations en temps réel sur les admissions et les sorties et la présentation d'une liste d'attente sur des critères normalisés. »

MDPH de la Meuse (55)

« La mise en place des grands chantiers nationaux vient peu à peu décentrer la MDPH de ses missions purement administratives "d'ouvreuse de droits" pour la repositionner, tel que l'esprit de la loi de 2005 le souhaitait, sur des missions d'accompagnement des parcours des personnes handicapées. »

Le SI suivi des décisions d'orientation

La mise en œuvre du système d'information du suivi des décisions d'orientation (SI SDO) en ESMS représente une évolution majeure pour l'ensemble des acteurs concourant à l'accompagnement des personnes en situation de handicap.

Le déploiement de ce projet dans le champ du handicap s'appuie sur l'instruction du 23 septembre 2016³², relative au système d'information de suivi des orientations, qui fixe un cadre régional à la démarche.

L'échelle régionale est considérée comme le niveau de régulation de l'offre et de mise en œuvre effective des décisions orientations. Elle est adaptée à la pratique des MDPH, dès lors qu'elle leur permet de disposer d'une meilleure connaissance de la mise en œuvre de leurs décisions d'orientation.

La responsabilité de la mise en œuvre de la démarche pour le pilotage régional a ainsi été confiée aux ARS et aux départements. Les MDPH comme les ESMS sont chargés de la mise en œuvre opérationnelle en lien avec les groupements de coopération sanitaire/groupements régionaux d'appui au développement de l'e-santé (GCS/GRADeS).

Sur la base de l'expérience acquise dans les champs du sanitaire et du grand-âge, les ARS et les conseils départementaux ont choisi de déployer sur leur territoire une solution informatique régionale pour le suivi des décisions d'orientation :

- la solution Via Trajectoire handicap développée par le GCS SISRA a ainsi été retenue par une grande majorité des territoires régionaux, à l'exception de l'Océan Indien ;
- le territoire régional de l'Océan Indien a choisi de déployer la solution locale Osmose qui s'inscrit dans la continuité du travail initié dans le cadre du développement du programme territoire de soins numérique.

Intégré à la feuille de route du programme du SI MDPH harmonisé, fixée par la secrétaire d'État chargée des personnes handicapées et conformément aux orientations posées dans le cadre du comité interministériel du handicap (CIH) du 25 octobre 2018, l'objectif de déploiement de la solution régionale est visé pour l'ensemble des territoires départementaux à fin 2019.

Près d'une quarantaine de territoires départementaux (septembre 2018) ont déployé le SI suivi des décisions d'orientation. La stratégie numérique engagée au titre du déploiement de la solution régionale sert une stratégie plus large qui va au-delà du suivi des décisions d'orientations.

Elle s'inscrit au service des acteurs pour la coordination afin de fluidifier les interactions et ainsi la capacité d'agir sur les situations individuelles et sur les actions à engager autour du parcours des personnes et sur les situations complexes. Le système d'information de suivi des décisions d'orientation constitue un outil indispensable à la mise en œuvre de la démarche réponse accompagnée dans la mesure où il permet de disposer en temps réel d'informations sur les parcours et sur l'effectivité des décisions d'orientation. Il permet ainsi d'animer le dispositif d'orientation permanent, tout en donnant aux autorités de contrôle et de tarification une vision plus précise des besoins individuels et collectifs, de l'offre sur le territoire de chaque département et des places disponibles.

32. Instruction n° DGCS/SD3B/CNSA/SGMCAS/DSSIS/2016/322 du 23 septembre 2016 relative au système d'information de suivi des orientations dans le secteur du handicap.

6. La conciliation, la médiation, les recours gracieux et contentieux

Lorsque l'utilisateur ou son représentant souhaite contester la décision émise par la CDAPH, il lui est possible de déposer un recours ou de demander une conciliation. Les recours sont de deux natures :

- les recours gracieux, instruits par les MDPH ;
- les recours contentieux, instruits par une juridiction extérieure (tribunal du contentieux de l'incapacité – TCI – ou tribunal administratif – TA, selon les demandes).

Les MDPH doivent également être en mesure de proposer des prestations de médiation et de conciliation :

- la médiation consiste à aider les personnes à adresser leurs réclamations individuelles aux autorités compétentes. Si la réclamation porte sur une décision prise par la CDAPH, il convient de voir si la demande de la personne n'est pas plutôt une demande de conciliation ou de recours ;
- la conciliation permet d'ouvrir un dialogue avec l'utilisateur et de rechercher une solution amiable.

À noter : si la conciliation suspend le délai de recours gracieux ou contentieux, la médiation est sans effet sur les voies et délais de recours.

6.1 La conciliation et la médiation

L'organisation de la médiation, obligation légale, varie d'une MDPH à l'autre. Elle peut être portée par des pôles/référents dédiés (la majorité des situations) ou être intégrée dans un pôle/poste juridique (pôle de gestion du contentieux, juriste). Plus ponctuellement, elle n'est pas liée à un poste spécifique, mais est assurée lors de permanences spécialisées d'assistants de service social.

La conciliation est plus régulièrement assurée par des référents bénévoles extérieurs aux MDPH, dans l'objectif d'offrir à l'utilisateur l'écoute la plus neutre possible. Plus rarement, les conciliateurs sont désignés parmi les agents des MDPH.

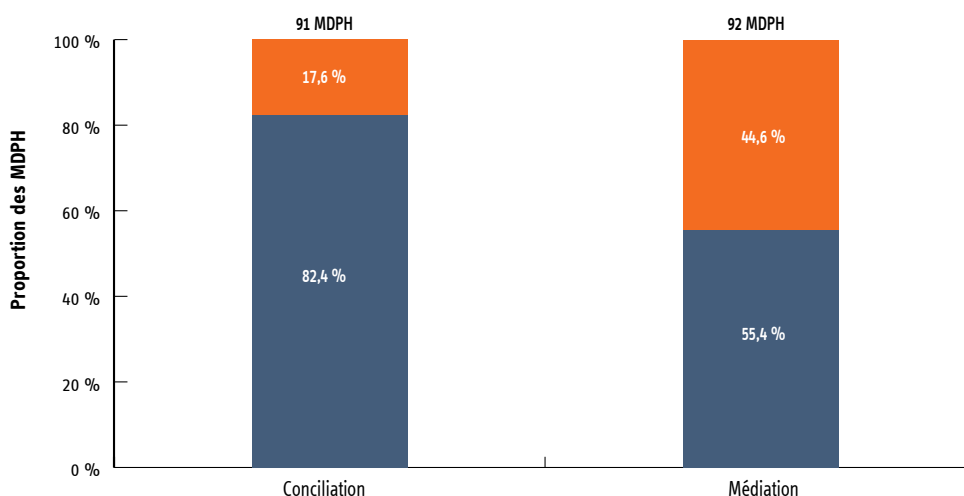
Les activités de conciliation et de médiation connaissent un léger recul cette année.

55,4 % des MDPH ayant répondu ont indiqué avoir identifié une personne en charge de la médiation (contre 58,3 % en 2016), et 82,4 % des MDPH ayant renseigné l'information indiquent avoir désigné une personne qualifiée (contre 83,5 % en 2016).

Modalités de règlement amiable des litiges pour les usagers des MDPH : la médiation et la conciliation (en 2017)

Échantillon : entre 91 et 92 MDPH

- 82,4 % des MDPH ont désigné une ou plusieurs personnes qualifiées chargées de mettre en œuvre une conciliation, alternative à un dépôt de recours ou dans certains cas, qui se cumule au dépôt d'un recours (échantillon : 91 MDPH).
- 55,4 des MDPH ont identifié une personne chargée de la médiation. Dans les faits, cette mission est exercée dans toutes les MDPH sans qu'elle soit affectée précisément à un professionnel de la MDPH (échantillon : 92 MDPH).



Source : CNSA, échanges annuels 2017.

Plusieurs MDPH ont déclaré mener des actions pour améliorer ces dispositifs. En effet, il ressort que ceux-ci ne sont pas toujours bien connus du public qui privilégie, en général, les voies de recours gracieux ou contentieux s'ils ont une objection à formuler à la proposition qui leur est faite.



MDPH des Deux-Sèvres (79)

« Avec un taux de recours gracieux en augmentation, mais qui reste très bas, la MDPH a souhaité identifier des médiateurs conciliateurs en interne en l'absence de personnes ressources volontaires et extérieures à la MDPH depuis la fin des mandats des précédents conciliateurs. »

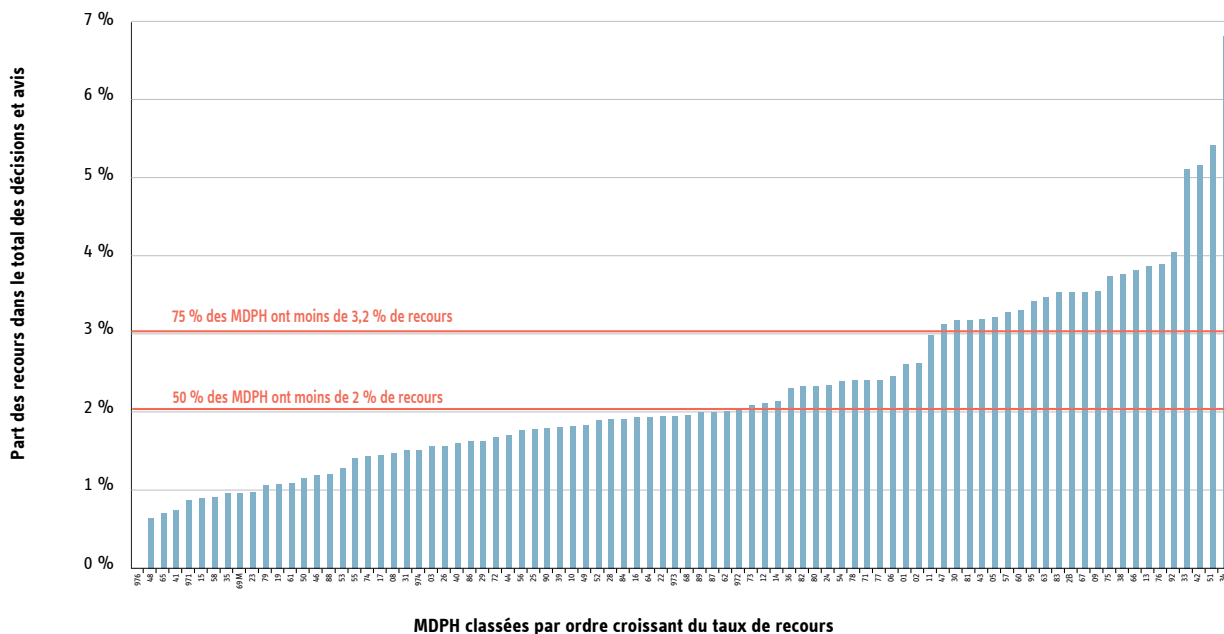
MDPH de Lot-et-Garonne (47)

« La mission de médiation n'est pratiquement pas sollicitée soit par méconnaissance de son existence soit par l'activation d'une autre procédure de saisine. Les recours sont vus, à fréquence rapprochée (tous les 15 jours), en équipe pluridisciplinaire avec au moins la présence d'un médecin et d'un travailleur social. Quant à la conciliation, la MDPH a mis en place des temps de concertation entre la coordinatrice et les conciliatrices. Ces échanges permettent d'appréhender la situation et de communiquer des informations d'ordre réglementaire aux conciliateurs. De plus, les CDA restreintes s'appliquent à recevoir le plus d'usagers ayant déposé un recours. »

6.2 Les recours gracieux et contentieux

Le taux de recours moyen est stable par rapport à l'année 2016. En moyenne, le recours (gracieux, contentieux) représente 2,4 % des décisions ou avis en 2017. Le taux de recours est inférieur à 3,2 % dans les trois quarts des 86 MDPH de l'échantillon. Les taux de recours sont légèrement supérieurs à ceux de 2016 : en 2017, sur un échantillon presque similaire de 85 MDPH, 2,2 % des décisions et avis faisaient l'objet d'un recours et le taux de recours était inférieur à 3 % pour les trois quarts des MDPH.

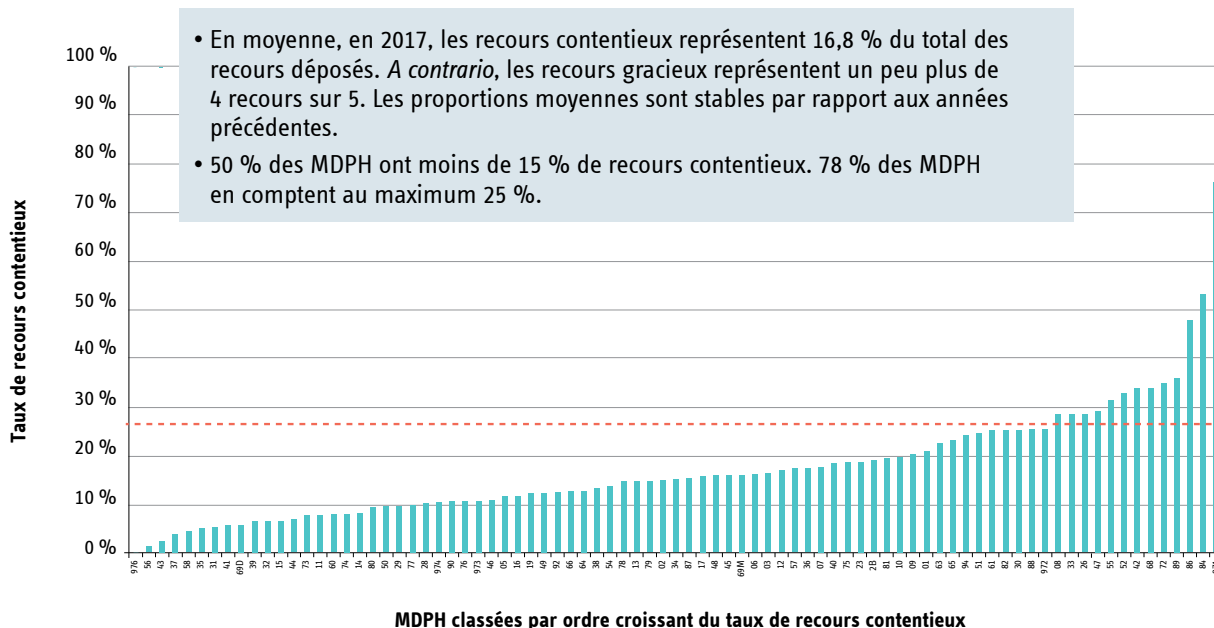
Part des recours gracieux et contentieux dans le total des décisions et avis pris en 2017
Échantillon : 86 MDPH



Source : CNSA, échanges annuels 2017.

Comme les autres années, les usagers privilégient la plupart du temps les recours gracieux. En moyenne, en 2017, les recours contentieux représentent ainsi 16,8 % du total des recours déposés, et 78 % des 83 MDPH de l'échantillon comptent au maximum 25 % de recours contentieux.

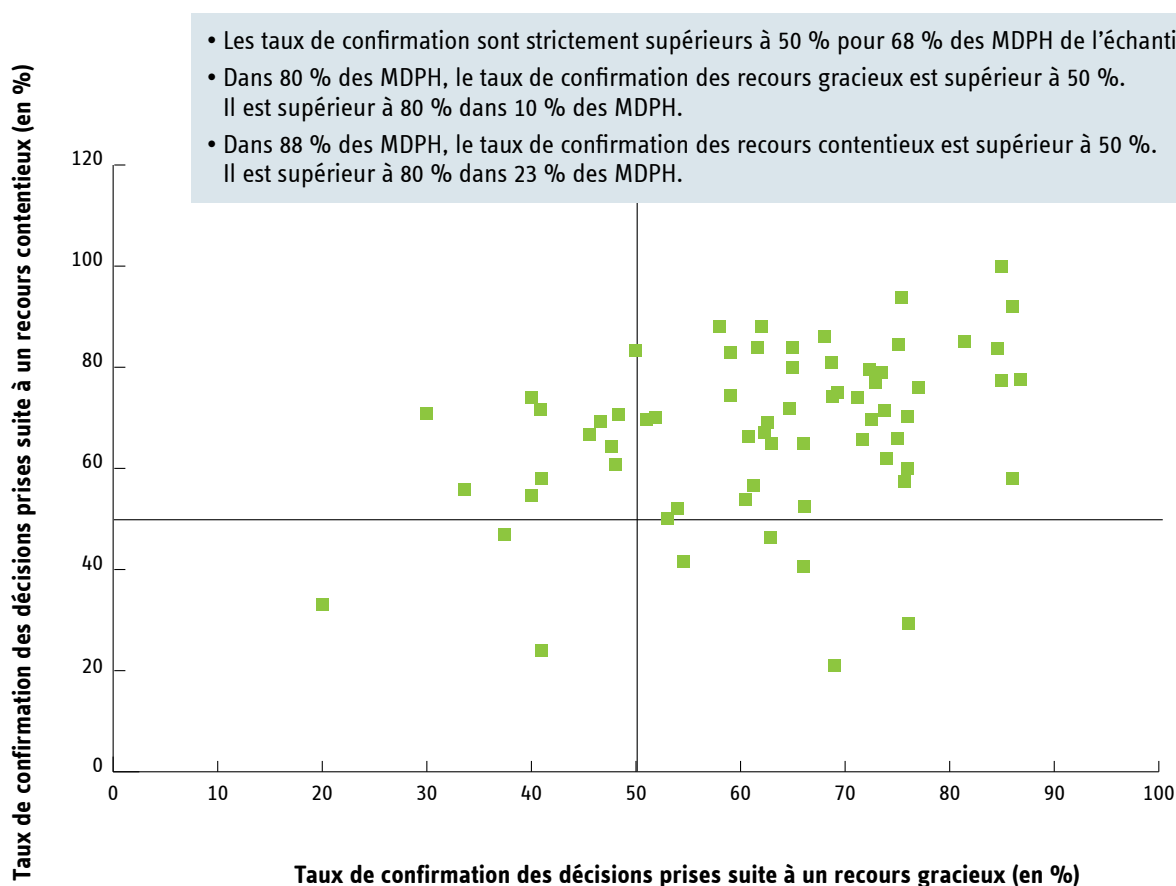
Part des recours contentieux dans le total des recours déposés en 2017
Échantillon : 83 MDPH



Source : CNSA, échanges annuels 2017.

Le taux de confirmation des décisions prises suite à un recours gracieux ou à un recours contentieux est très important. Il est supérieur à 50 % pour 68 % des 66 MDPH de l'échantillon si l'on prend en compte les deux types de recours, gracieux et contentieux.

Taux de confirmation des décisions prises suite à un recours (gracieux ou contentieux) en 2017 Échantillon : 66 MDPH



Source : CNSA, échanges annuels 2017.

Plusieurs MDPH ont conduit des actions pour améliorer le traitement des recours gracieux et contentieux.

Ainsi, une meilleure information des usagers et un accompagnement pédagogique de ces derniers dans les démarches peuvent avoir un impact positif sur le nombre de recours déposés.



MDPH de la Meuse (55)

« Nous avons revu le texte exposant les voies de recours et figurant au verso de nos notifications, afin qu'il soit plus compréhensible pour les usagers.

Par ailleurs, il a été demandé aux agents d'accueil de se montrer plus pédagogues auprès des personnes qui souhaitent déposer un recours sur une décision de la CDAPH : les inviter à éclairer leur recours gracieux d'éléments complémentaires et *a contrario* les dissuader de déposer un recours sur la base des seuls éléments présentés en première instance.

Sans pouvoir affirmer le lien de cause à effet, on note en 2017 une importante diminution du nombre de recours déposés ; *a contrario*, les recours gracieux déposés au cours de l'année ont abouti à une proportion beaucoup plus importante de décisions révisées. »

Des MDPH mettent en place une réelle démarche qualité autour des recours, notamment grâce à une analyse des causes de recours. Cette analyse permet d'améliorer les pratiques des équipes.



MDA du Bas-Rhin (67)

« Le taux de recours gracieux est en recul. Le projet, qui débute, de démarche qualité au sein de la MDA commence à porter ses fruits. En outre, la méthodologie de retour aux équipes (principe de *feed-back*) se met progressivement en place. On cherche à analyser les causes de recours, à les catégoriser, de façon à opérer les ajustements pertinents, tant au niveau technique et matériel (instruction) qu'au niveau qualitatif (évaluation). »

Les outils peuvent permettre d'améliorer le processus de traitement des recours contentieux et gracieux.

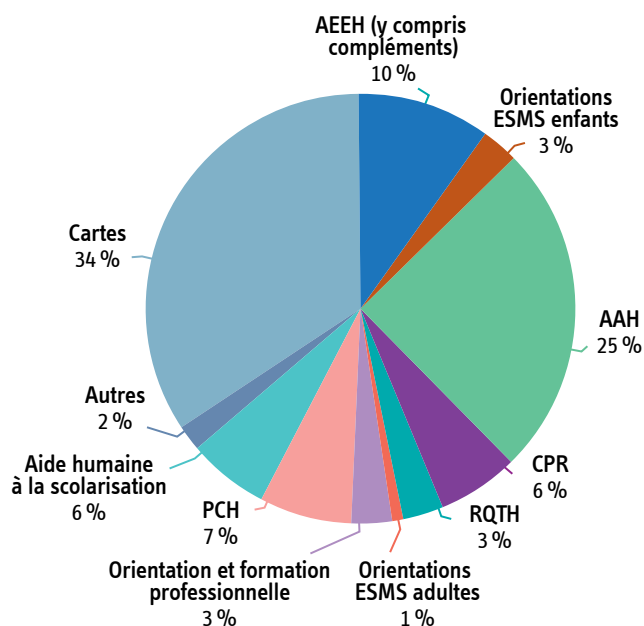


MDPH de Charente-Maritime (17)

« En 2017, après les recours contentieux, c'est la gestion des recours gracieux qui a fait l'objet d'une intégration dans le système d'information métier IODAS : une nouvelle procédure a été créée, ce qui facilite la pertinence de l'analyse par une vision globale du dossier et de l'avancée de la procédure, tout en améliorant le suivi statistique de cette activité. »

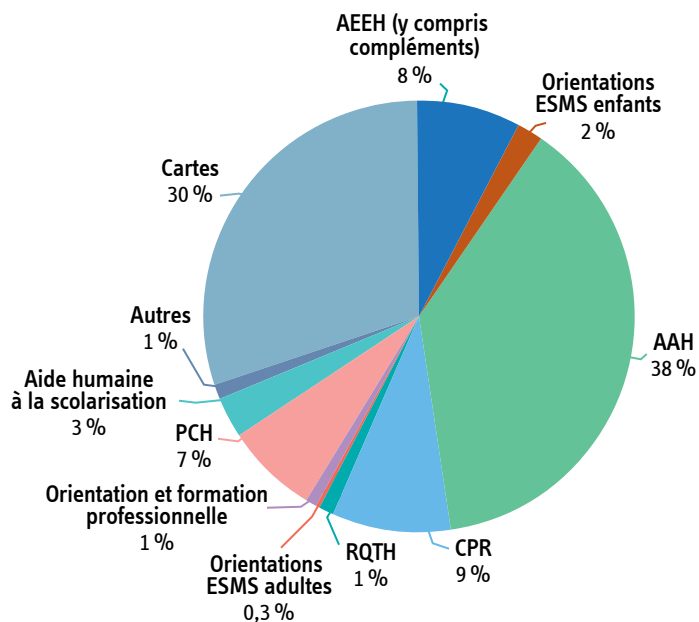
L'analyse des données d'activité des MDPH met en évidence que la majorité des recours (gracieux ou contentieux) concerne des décisions de refus portant essentiellement sur l'AAH et sur la carte d'invalidité ou de priorité.

Répartition des décisions ou avis pris en 2017 suite au dépôt d'un recours gracieux Échantillon : 61 MDPH



Source : CNSA, échanges annuels 2017.

Répartition des décisions ou avis pris en 2017 suite au dépôt d'un recours contentieux Échantillon : 56 MDPH



Source : CNSA, échanges annuels 2017.

Selon la nature de la demande, les recours contentieux doivent être formés devant :

- les juridictions civiles : le TCI, la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (CNITAAT) ou plus rarement la Cour de cassation ;
- les juridictions administratives : le tribunal administratif, la cour administrative d'appel ou le Conseil d'État.

Les instances les plus sollicitées dans le cadre de recours contentieux sont les TCI et les TA (juridictions de première instance). Les MDPH peuvent adresser un mémoire explicatif au tribunal et se rendre à l'audience pour présenter oralement le dossier et argumenter leur décision. Plusieurs MDPH rencontrent des difficultés pour se rendre au tribunal du fait de l'éloignement géographique ou de l'indisponibilité des experts juridiques. Certaines MDPH qui peuvent participer aux audiences constatent toutefois une diminution du taux d'infirmerie des décisions et la possibilité d'échanger sur les situations.

Le travail partenarial engagé par certaines MDPH avec les tribunaux est perçu comme un élément facilitant la compréhension du fonctionnement mutuel des institutions comme des décisions qu'elles peuvent prendre.

4 Une activité marquée par une hausse moins importante des demandes

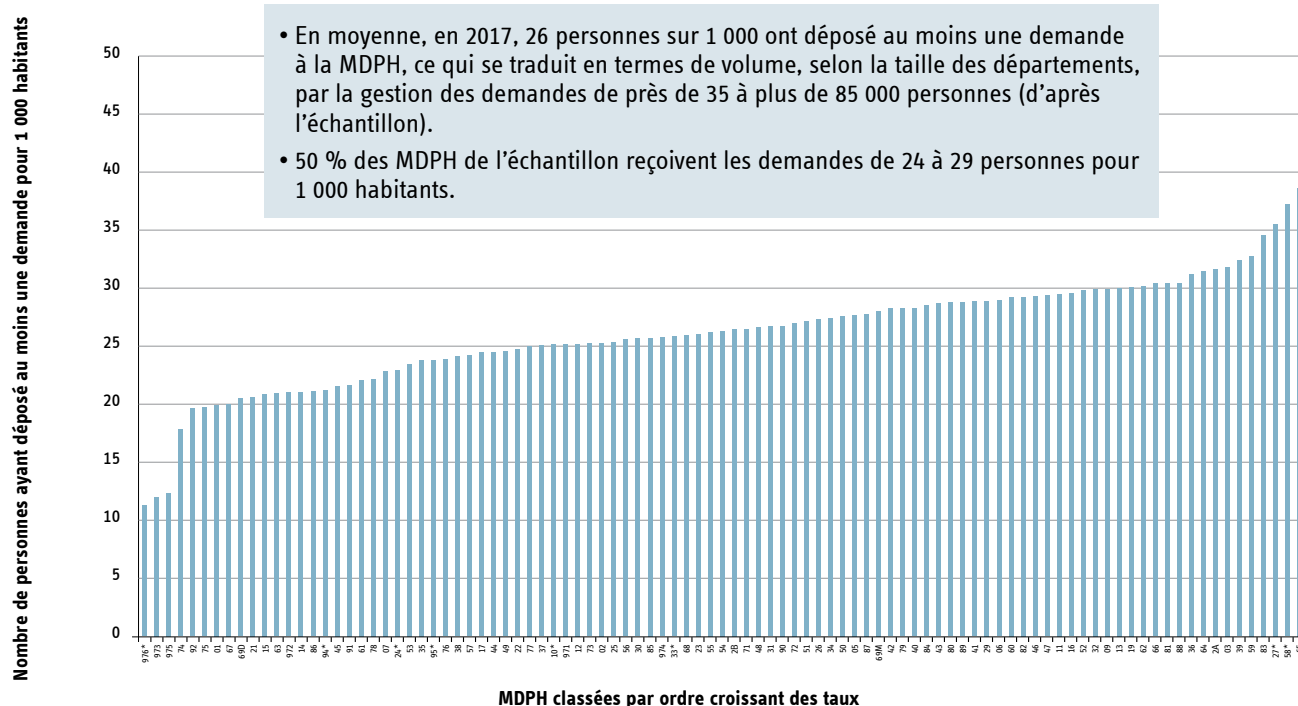
1. Les demandes déposées auprès des MDPH

1.1 Une plus faible augmentation du nombre de demandes

En 2017, on estime en moyenne à 26 pour 1 000 habitants le nombre de personnes ayant fait une demande à la MDPH. Ce taux varie fortement entre départements, s'élevant de 11,2 à 38,6 pour 1 000 habitants.

En 2017, **4,5 millions de demandes** ont été adressées au MDPH contre 4,42 millions en 2016³³, soit une hausse de 1,9 %. Si le nombre de demandes continue de progresser, le rythme de l'augmentation est moins important qu'en 2016 (+ 4,1 % selon les estimations définitives). 1 MDPH sur 2 enregistre une augmentation des demandes déposées, contre près de 8 sur 10 en 2016 et près de 9 sur 10 en 2015.

Entre 11 et 39 personnes pour 1 000 habitants ont déposé au moins une demande à la MDPH en 2017
Échantillon : 97 MDPH



Source : CNSA, échanges annuels 2017.

33. Cette donnée diffère de celle présentée dans la synthèse des rapports d'activité 2016, car de nouvelles MDPH ont communiqué leurs données après la finalisation des rapports d'activité de l'année dernière.

Quelques MDPH ont évoqué cette tendance à la baisse dans leur rapport d'activité.



MDPH du Gard (30)

« Une activité en baisse avec une diminution de 18,59 % [du nombre de] demandes déposées et de 10,61 % [de celui] des décisions. »

MDA de Saône-et-Loire (71)

« La baisse du nombre de demandes en 2017 ainsi que la réduction des délais ont permis “d’absorber” une partie du stock, réduisant ainsi la part des demandes non décisionnées en 2016. »

MDPH de l’Orne (61)

« 2017 est marquée par une baisse importante du nombre de demandes concernant les orientations en établissements et services médico-sociaux (ESMS) adultes (- 25 %), les cartes européennes de stationnement (- 25 %) et dans une moindre mesure l’allocation adulte handicapé – AAH (- 11 %). »

Certaines MDPH identifient l’allongement de la durée de renouvellement de l’allocation aux adultes handicapés (AAH) comme pouvant expliquer l’augmentation moins forte du nombre de demandes.



MDPH du Tarn (81)

« Moins de demandes en volume, liées notamment aux impacts des dates de renouvellement (notamment moins de renouvellements d’AAH). »

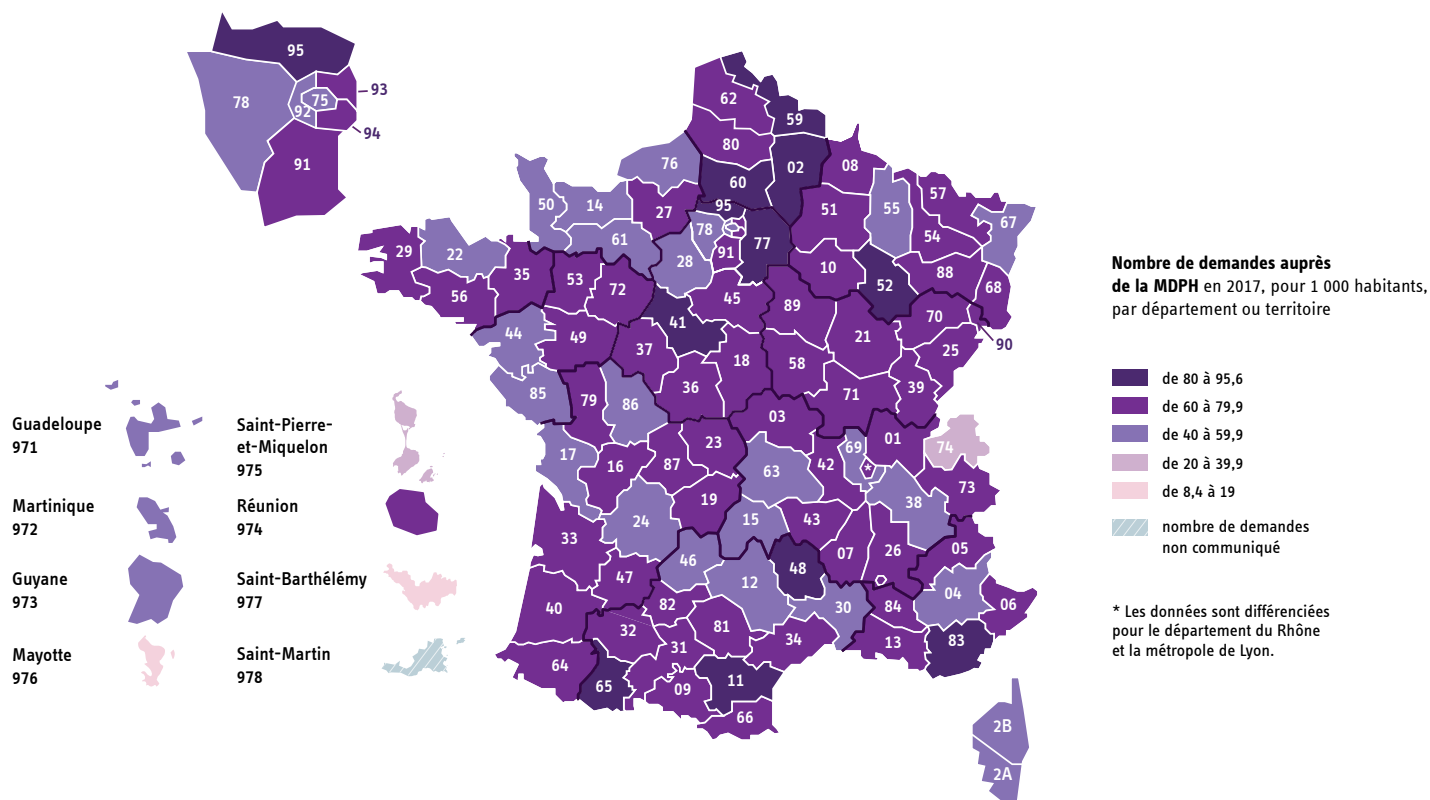
MDPH de la Haute-Vienne (87)

« Demandes déposées à la MDPH : La tendance à la “stagnation/légère baisse” entamée en 2015 se confirme en 2017. Les effets de la réforme de l’AAH à 5 ans ont sans doute un impact sur cette tendance. »

1.2 Les taux moyens de demandes par habitant

Le taux moyen de demandes pour 1 000 habitants varie de 8,4 à 96 selon les MDPH. La moitié des départements présente un taux inférieur à 63,6 demandes pour 1 000 habitants (contre 65 en 2016). Ce taux moyen de demandes pour 1 000 habitants a diminué dans 52 % des MDPH (échantillon de 101 MDPH) ; il a augmenté dans 48 % des MDPH en 2017. La proportion de MDPH ayant connu une augmentation chaque année était de 79 % en 2016, 88 % en 2015 et de 87 % en 2014).

Les demandes auprès des maisons départementales des personnes handicapées en 2017



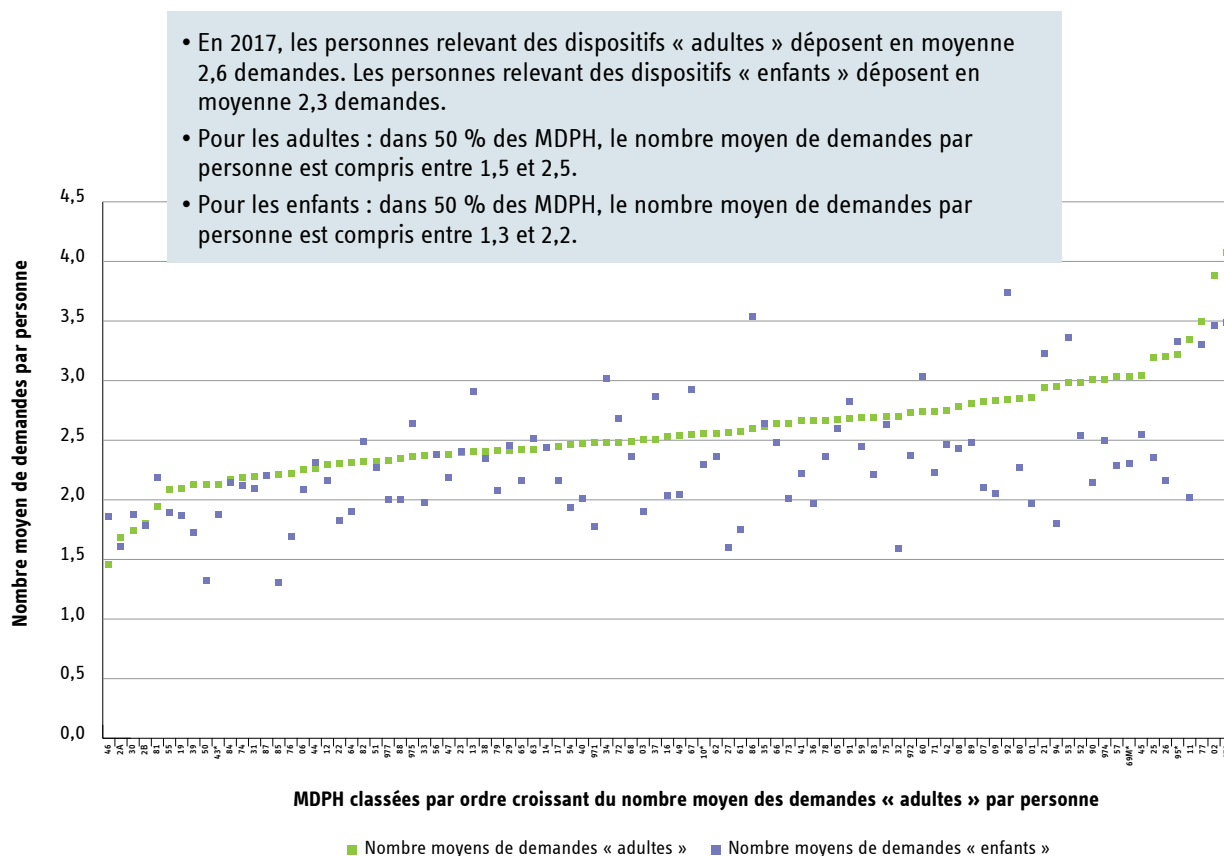
Source : CNSA, échanges annuels 2017.

1.3 Une stabilité du nombre moyen de demandes déposées

En 2017, en moyenne, chaque usager ayant déposé un dossier à la MDPH a formulé entre 1,5 et 2,5 demandes. Dans la moitié des MDPH, le nombre moyen de demandes pour les adultes est stable, s'établissant à 2,6 demandes. Il en est de même pour les enfants, pour lesquels le nombre de demandes par dossier s'élève à 2,3 en moyenne, comme en 2016.

Le nombre moyen de demandes déposées par personne en 2017 varie de 1,3 à 4,1 selon les départements

Échantillons : 93 (pour les adultes) et 94 (pour les enfants) MDPH

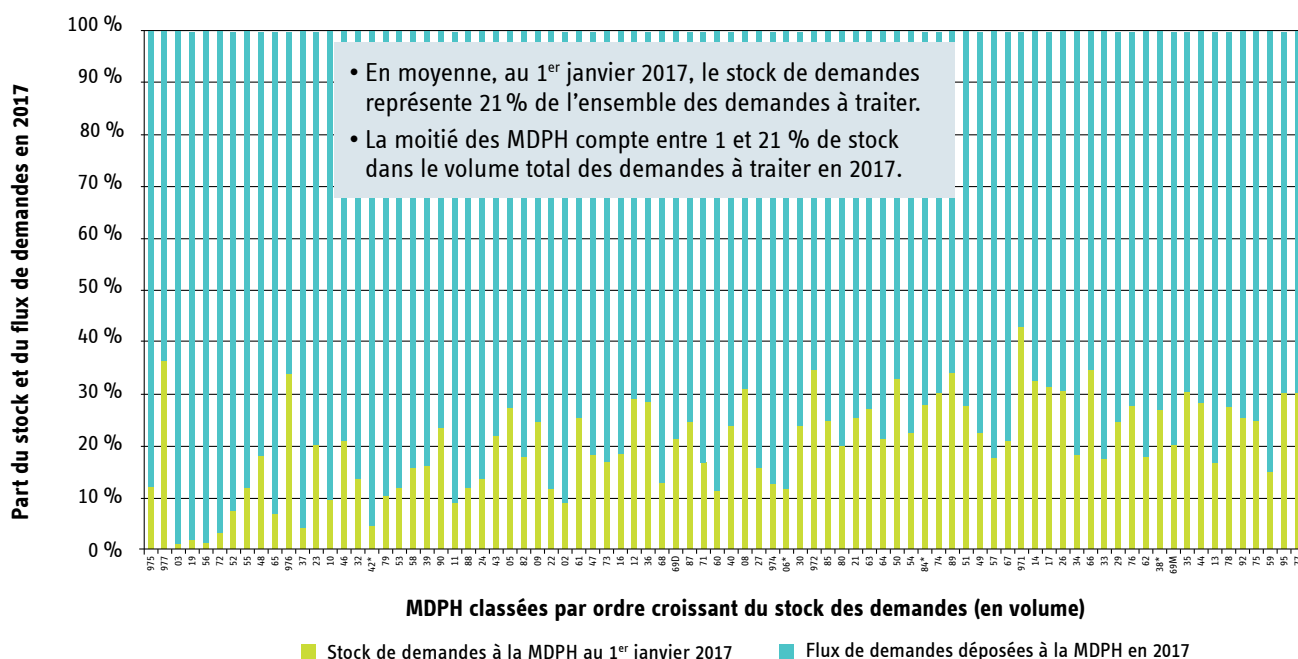


Source : CNSA, échanges annuels 2017.

1.4 Une stabilité de la part du stock de demandes traitées dans l'année suivant leur dépôt

En 2017, 4,66 millions de décisions ou avis ont été rendus, soit une augmentation de 2,7 % par rapport à 2016. La part du stock de demandes dans l'ensemble des demandes à traiter est stable entre 2016 et 2017 (21,4 %). Des différences importantes subsistent selon les territoires, certaines MDPH présentant un stock de demandes représentant 1 % de l'ensemble des demandes à traiter alors que pour d'autres ce taux d'élève à 43,3 %.

Part du stock de demandes au 1^{er} janvier 2017 dans le total des demandes à examiner (stock et flux) au cours de l'année 2017
Échantillon : 84 MDPH



Source : CNSA, échanges annuels 2017.

Les réorganisations et la mise en place de circuits courts peuvent avoir un impact sur l'évolution du stock (exemple : MDPH de l'Oise). Par ailleurs, une diminution du nombre de demandes n'entraîne pas toujours une baisse de l'activité, car des actions de traitement des demandes « en stock » peuvent être mises en place générant une augmentation d'avis et de décisions (exemple : MDPH de l'Aisne).



MDPH de l'Oise (60)

« En 2017, l'organisation a été modifiée et les services instruction et évaluation ont mis en place des circuits courts pour traiter les demandes dites "simples". Cela a permis de traiter beaucoup plus de demandes et dans des délais plus courts. Il faut donc prendre avec du recul l'augmentation du nombre de décisions puisqu'un volume plus important est désormais traité grâce aux circuits courts. »

MDPH de l'Aisne (02)

« Moins de demandes, mais plus de décisions et d'avis rendus par la CDAPH n'entraînant donc pas de baisse de charge pour les équipes. Par ailleurs la pratique des "sans suite" a été arrêtée avec des décisions de rejets à la place, qui impactent aussi sur le nombre total de décisions rendues. »

MDPH de Lot-et-Garonne (47)

« Légère diminution du nombre de demandes déposées. Forte augmentation du stock étroitement liée à la carence en personnel particulièrement sur le dernier trimestre 2016 »

MDPH de la Somme (80)

« Le stock est en augmentation en 2017 du fait d'absences longues non remplacées d'un évaluateur (4 mois environ). »

MDPH de la Haute-Vienne (87)

« Stock des demandes : Les aménagements organisationnels en matière d'évaluation + le changement des durées d'AAH + la baisse du nombre de demandes ont permis de stabiliser dans un premier temps puis de faire diminuer le stock des demandes. »

MDPH du Haut-Rhin (68)

« Malgré une baisse des ETP conjoncturelle en 2016, la modification expérimentale des circuits avait déjà permis d'amorcer une baisse des délais de traitement et par ricochet une baisse du nombre de dossiers en attente. »

2. La répartition des demandes déposées

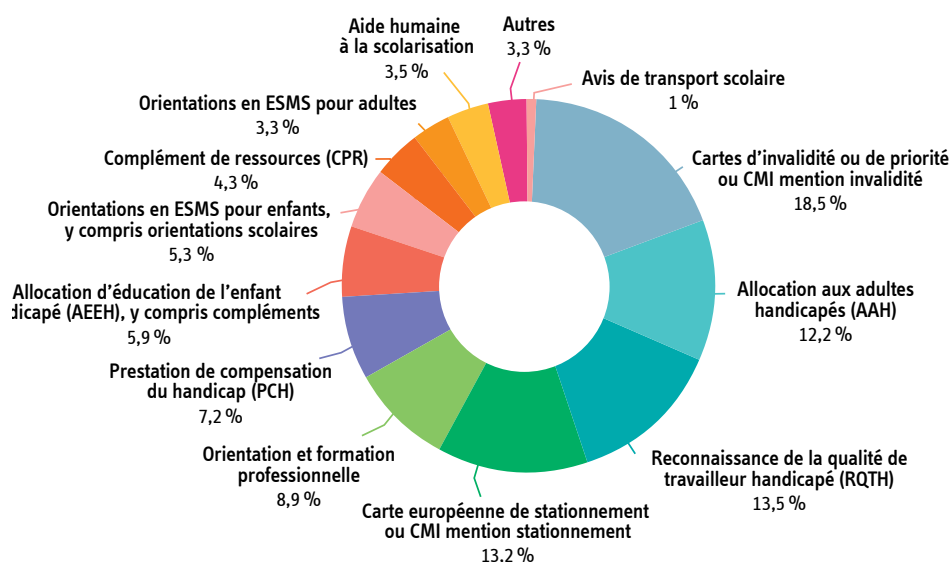
2.1 La répartition des demandes évolue du fait de la diminution des demandes liées à l'emploi

Les demandes liées à l'emploi (complément de ressources – CRP, orientation et formation professionnelles, reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé – RQTH) et l'AAH représentent 38,9 % du total des demandes en 2017 (contre 41,6 % en 2016) ; les cartes (invalidité, priorité, stationnement, y compris les CMI) en représentent 31,7 %. Les demandes d'orientation en établissement et services sociaux et médico-sociaux représentent 8,6 % du total des demandes.

2017 est marquée par la baisse de la part des demandes relatives à l'emploi, en particulier des demandes d'AAH (12,2 % contre 14 %). Cette tendance est confirmée par la baisse du volume des demandes d'AAH de 10 % entre 2016 et 2017. Cette baisse peut être due à l'effet du décret du 3 avril 2015, qui prévoit la possibilité d'étendre la durée d'attribution de l'AAH L. 821-2 à plus de 2 ans pouvant aller jusqu'à 5 ans.

Répartition de l'ensemble des demandes déposées en 2017

Échantillon : 62 MDPH



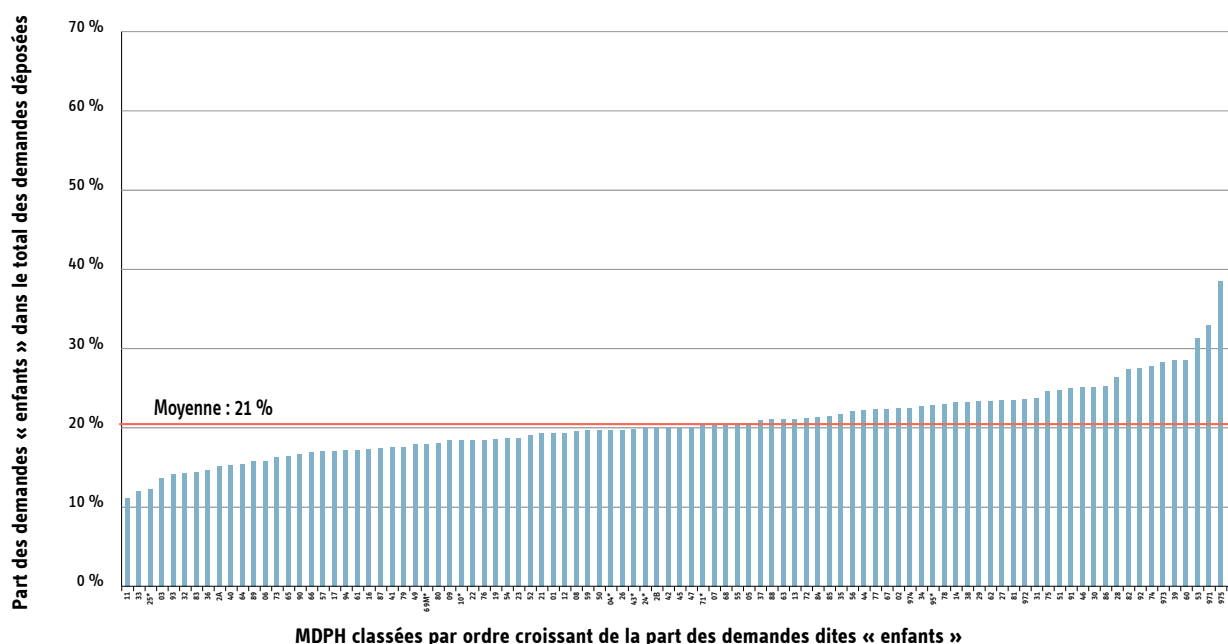
Source : CNSA, échanges annuels 2017.

2.2 Une demande sur cinq relève des prestations, droits, orientations ou avis concernant des enfants

En 2017, les demandes « enfants » représentent en moyenne 21 % des demandes. La part des demandes « enfants » reçues dans les MDPH représente moins de 23 % des demandes dans 75 % des MDPH, contre 22 % en 2016.

La part des demandes relevant du champ « enfants » dans le total des demandes déposées en 2017 varie de 11 % à 48 % selon les départements

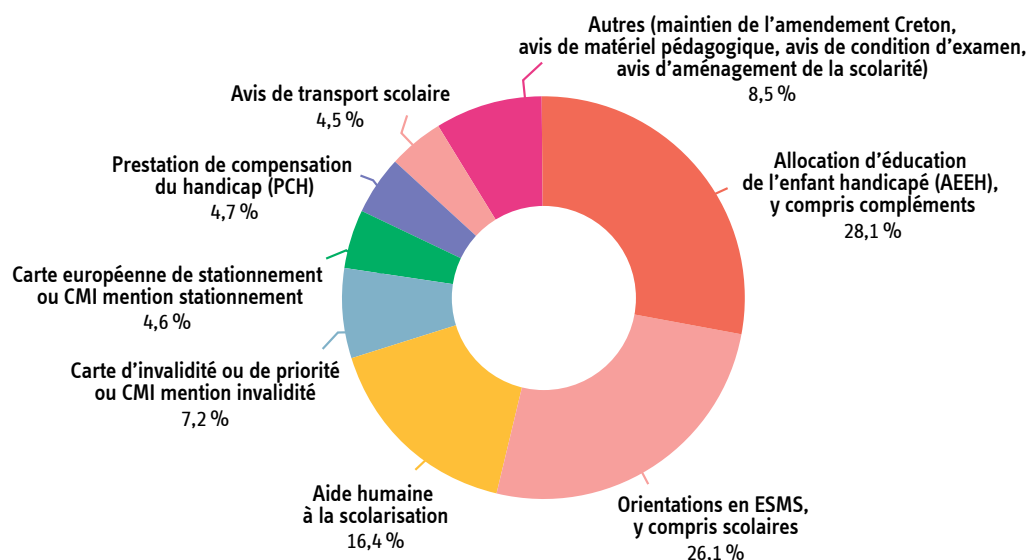
Échantillon : 97 MDPH



Source : CNSA, échanges annuels 2017.

Répartition des demandes « enfants » déposées en 2017

Échantillon : 75 MDPH



Source : CNSA, échanges annuels 2017.

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) représente 28,1 % des demandes « enfants », soit 5,9 % du total des demandes.

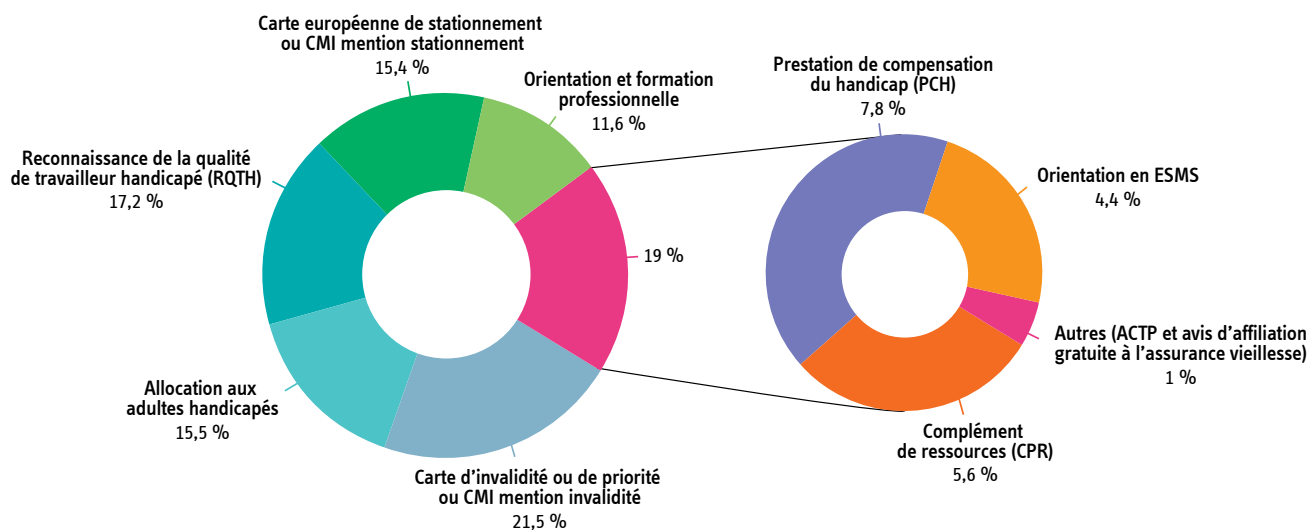
Viennent ensuite les demandes d'orientation en établissements et services (y compris les orientations scolaires), qui représentent 26,1 % des demandes concernant le public « enfants », soit 5,3 % du total des demandes adressées aux MDPH. Ainsi, comme les années précédentes, plus de la moitié des demandes relatives aux enfants concernent l'AEEH et les orientations en établissements et services médico-sociaux (ESMS).

Enfin, la dernière catégorie de demande importante pour les enfants concerne les demandes d'aide humaine à la scolarisation : elles représentent près d'1 demande sur 6, en légère diminution par rapport à l'année précédente (16,4 % en 2017 contre 17,9 % en 2016).

2.3 La répartition des demandes « adultes » évolue

Répartition des demandes « adultes » déposées en 2017

Échantillon : 80 MDPH



Source : CNSA, échanges annuels 2017.

Parmi les demandes relatives aux adultes, les plus nombreuses concernent les cartes CMI, invalidité ou priorité (21,5 %) et stationnement (15,4 %), soit 36,9 %.

Viennent ensuite les demandes en lien avec l'emploi qui représentent près de 50 % des demandes « adultes » : 17,2 % de demandes de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, 15,5 % de demandes d'AAH, 11,6 % de demandes d'orientation ou de formation professionnelles et 5,6 % de demandes de CPR.

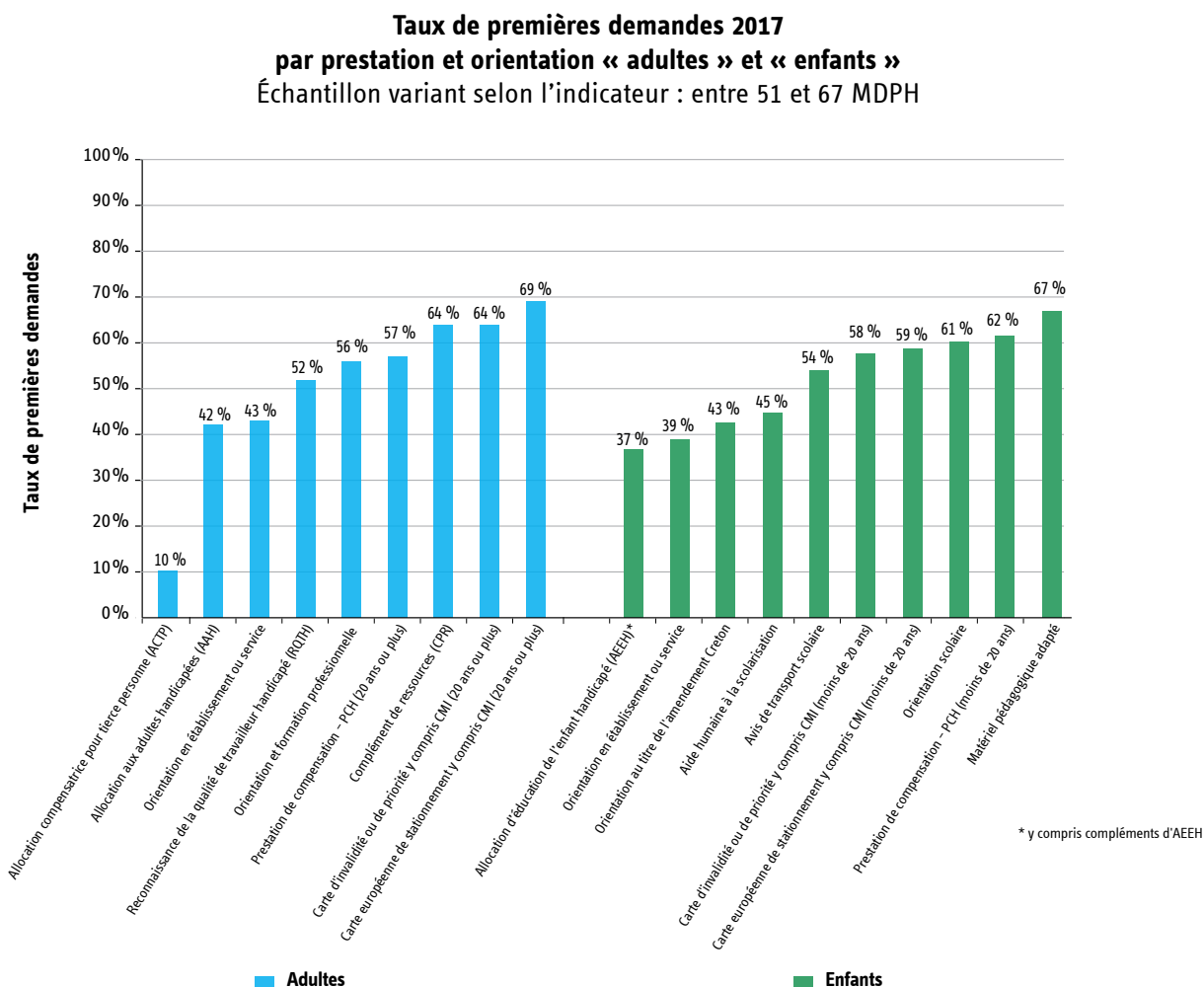
Parmi l'ensemble des demandes relatives aux adultes, l'AAH est celle dont le poids a le plus diminué, passant de 17,2 % des demandes en 2016 à 15,5 % en 2017.

3. Évolution de la part des premières demandes sous l'effet de la mise en œuvre de la CMI et de la réforme de la durée d'attribution de l'AAH

L'évolution de la part des premières demandes **diffère selon les prestations**.

On constate une forte augmentation des premières demandes de CMI mention stationnement et mention invalidité ou priorité pour les moins de 20 ans (+ 11 points).

Il en va de même pour les adultes puisque la CMI mention stationnement est la prestation dont la part de premières demandes a le plus augmenté chez les personnes de 20 ans ou plus, passant de 63 % en 2016 à 69 % en 2017. Toutefois, ce chiffre doit être relativisé, car toutes les MDPH n'ont pas comptabilisé les demandes de CMI de la même manière. Certaines les ont comptabilisées en tant que renouvellement d'une demande de carte d'invalidité, de stationnement et de priorité et d'autres en tant que première demande. La part relative des premières demandes d'AAH augmente légèrement, ce qui est probablement un effet de l'allongement de la durée d'attribution de l'AAH (diminution relative du nombre de réexamens), ainsi que celle des premières demandes d'orientation scolaire et des premières demandes d'avis de transport scolaire.



Source : CNSA, échanges annuels 2017.

4. Des taux d'accord variables selon les prestations et marqués par d'importantes disparités départementales

On observe une relative stabilité des taux d'accord sur la majorité des prestations et des orientations entre 2016 et 2017, à l'exception de l'AAH, de la PCH pour les moins de 20 ans et de la CMI mention stationnement pour les moins de 20 ans pour lesquelles ce taux diminue (respectivement - 5,1, - 3,9 et - 3 points).



MDPH de la Sarthe (72)

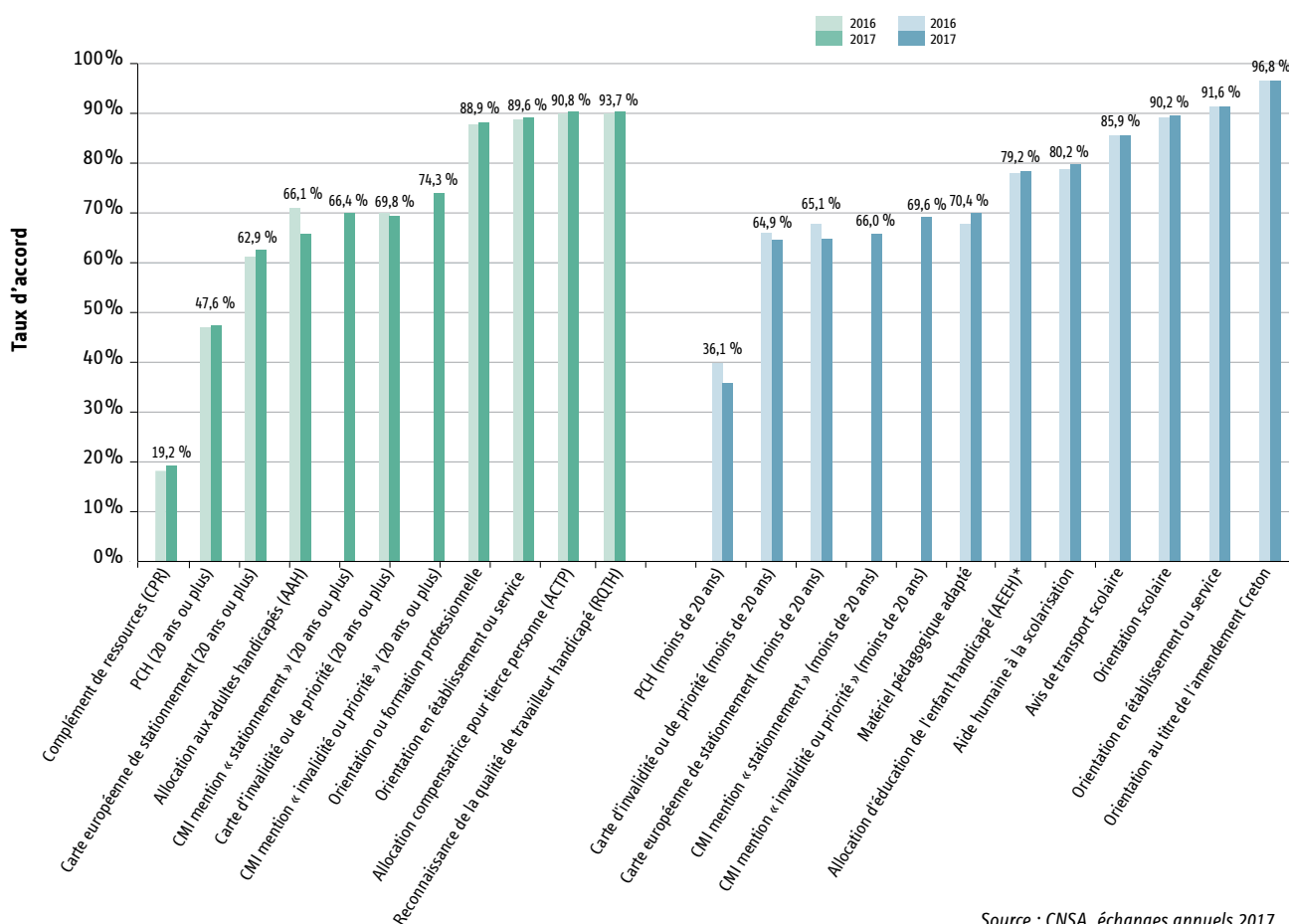
« Le différentiel afférent au taux d'accord se justifie, d'une part, par le fait que les CMI PA [personnes âgées] (depuis juillet 2017) ne font pas l'objet d'une décision de la CDAPH, mais seulement d'un avis. Également, de plus en plus de demandes relèvent de raisons "économiques" et de fait sont refusées par la CDAPH. »

MDPH du Val-de-Marne (94)

« Les taux d'accord globalement élevés (72) laissent penser que la MDPH communique bien sur les droits des personnes handicapées, et que ces dernières, ainsi que les partenaires qui les accompagnent, se sont approprié progressivement les dispositifs. »

Taux d'accord 2016 et 2017 par prestation/orientation « adultes » et « enfants »

Échantillon : entre 64 et 97 en 2017 ; entre 65 et 100 en 2016



Source : CNSA, échanges annuels 2017.

Adultes

Enfants

5. Les délais moyens de traitement des demandes

5.1 Baisse du délai moyen de traitement des demandes « adultes »

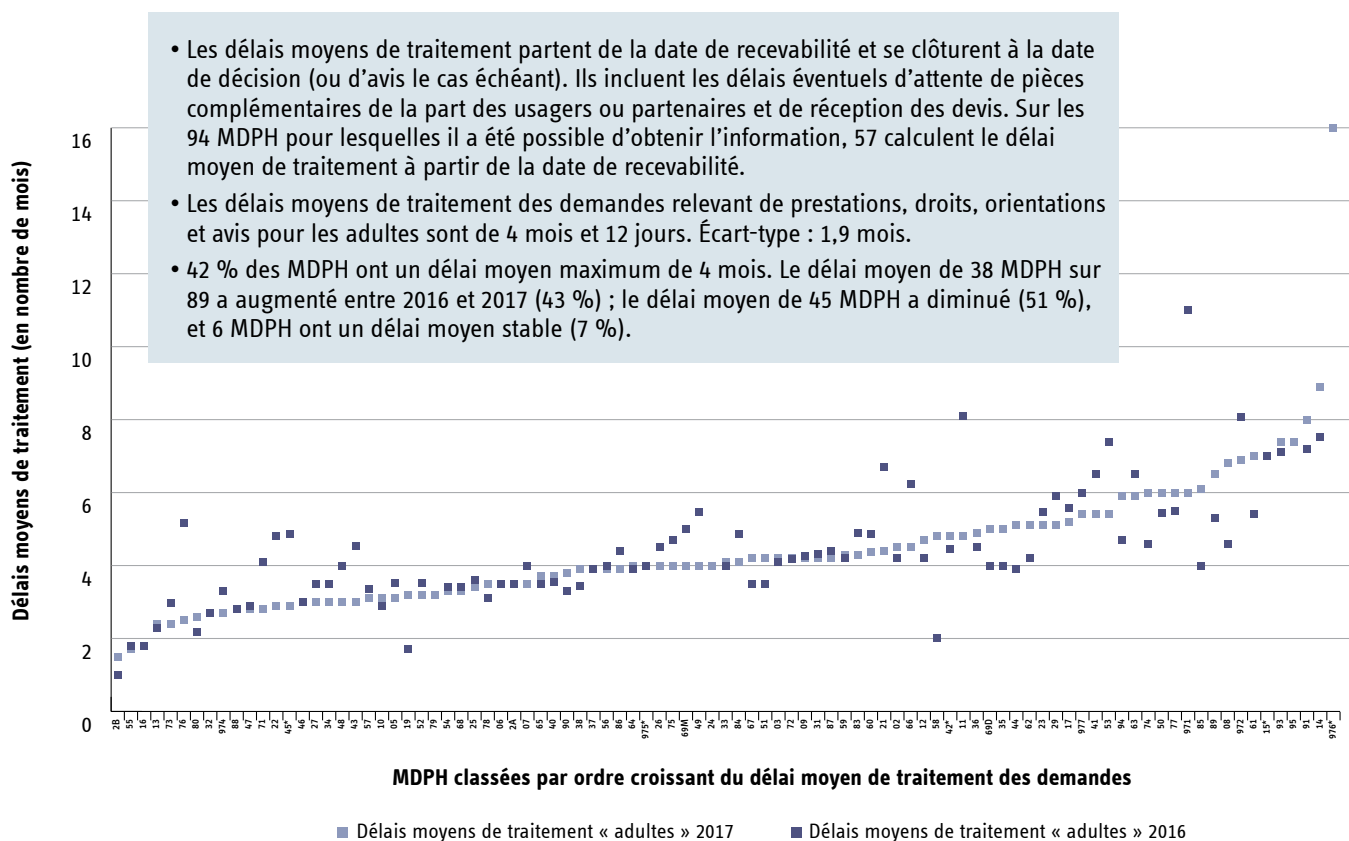
Pour les demandes « adultes », les délais moyens de traitement s'établissent à 4 mois et 12 jours, soit une amélioration du délai de 4 jours par rapport à 2016 :

- 42,7 % des MDPH voient ce délai augmenter, mais cette part est moins importante qu'en 2016 ;
- 50,6 % des MDPH voient leur délai de traitement des demandes en direction des adultes diminuer ;
- enfin, 6,7 % des MDPH ont un délai équivalent à celui de 2016.

La part des MDPH dont le délai de traitement diminue est plus importante cette année, ce qui tend à indiquer une tendance positive des délais de traitement. Toutefois, on note d'importantes disparités entre départements, l'écart observé s'élevant à 14,5 mois entre les délais les plus courts (1,5 mois toutes prestations confondues) et les plus longs (16 mois).

Délai moyen de traitement des demandes « adultes » en 2017

Échantillon : 93 MDPH



Source : CNSA, échanges annuels 2017.

L'analyse des rapports d'activité des MDPH montre que les organisations des MDPH ont un impact direct sur les délais de traitement. Les démarches de dématérialisation peuvent raccourcir les délais de traitement, tandis qu'un fort *turn-over* du personnel peut les allonger.



MDPH de la Seine-Maritime (76)

« En 2017, la baisse des durées moyennes de traitement est liée à plusieurs éléments : poursuite du processus de dématérialisation des dossiers des primo-demandeurs. »

MDA des Yvelines (78)

« Les délais moyens de traitement, en baisse en 2016, repartent à la hausse en 2017 aussi bien pour les enfants que pour les adultes. Ceci s'explique par le *turn-over* des professionnels lié à l'installation des plateformes autonomie territoriales. »

MDPH des Ardennes (08)

« Les délais de traitement ont été impactés par l'arrivée et le départ en 2017 d'un certain nombre d'agents au sein des services de la MDPH.

Le traitement qualitatif des demandes impacte également sur les délais : étude approfondie de la situation de l'utilisateur, attente de retour de pièces complémentaires demandées aux usagers ainsi qu'aux partenaires et nécessaires à l'évaluation, et souvent récupérées dans des délais assez longs (environ 3 mois). »

5.2 Augmentation du délai moyen de traitement des demandes « enfants »

Pour les demandes relatives aux enfants, on note une augmentation de 2 jours du délai moyen de traitement, qui s'établit à **3 mois et 20 jours en moyenne** (soit + 3 jours par rapport à 2016 sur le même échantillon).

À l'inverse des demandes « adultes », les délais de traitement des enfants tendent à augmenter en MDPH :

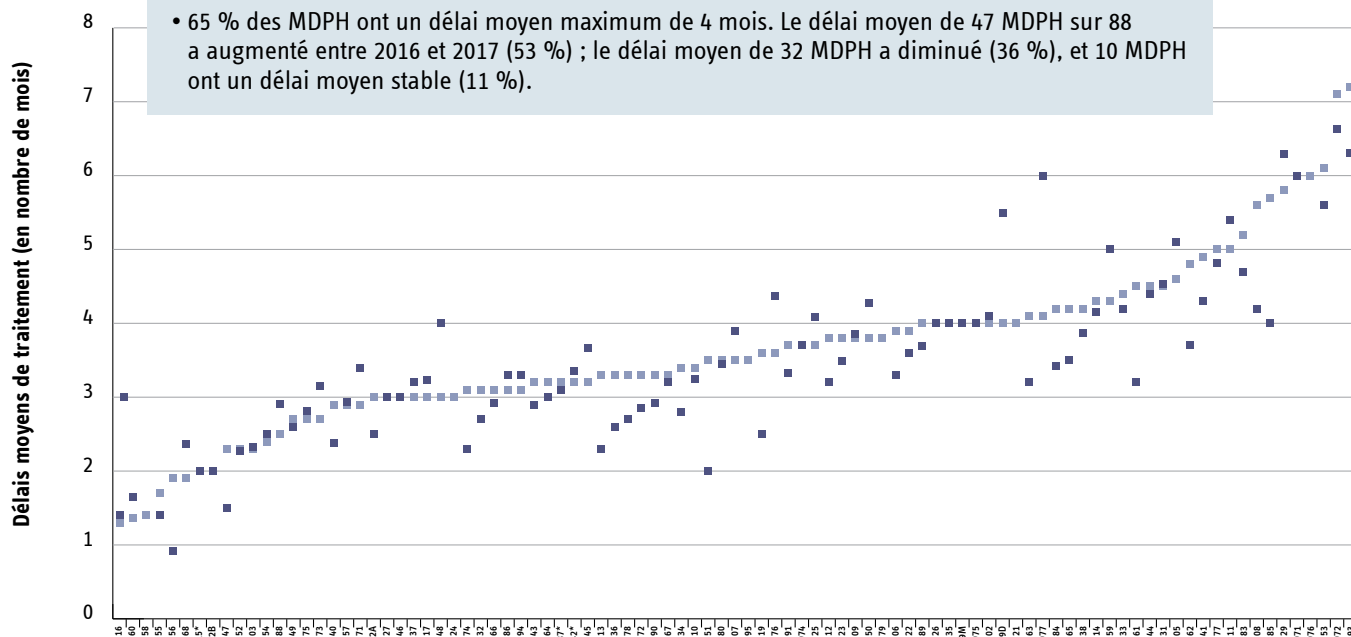
- c'est le cas pour 52,8 % d'entre elles dont le délai moyen de traitement des demandes, toutes prestations confondues, augmente entre 2016 et 2017. Ce taux était de 51 % en 2016 ;
- le délai de 36 % des MDPH a diminué. C'est plus qu'en 2016 (37 %) ;
- 11,2 % ont un délai équivalent (12 % en 2016).

À nouveau, on note des **disparités entre les départements**, moins importantes toutefois que chez les adultes, avec un écart de 5,9 mois entre le délai le plus court (1,3 mois) et le délai le plus long (7,2 mois).

Délai moyen de traitement des demandes « enfants » en 2017

Échantillon : 93 MDPH

- Les délais moyens de traitement partent de la date de recevabilité et se clôturent à la date de décision (ou d'avis le cas échéant). Ils incluent les délais éventuels d'attente de pièces complémentaires de la part des usagers ou partenaires et de réception des devis. Sur les 94 MDPH pour lesquelles il a été possible d'obtenir l'information, 57 calculent le délai moyen de traitement à partir de la date de recevabilité.
- Les délais moyens de traitement des demandes relevant de prestations, droits, orientations et avis pour les enfants sont de 3 mois et 19 jours. Écart-type : 1,1 mois.
- 65 % des MDPH ont un délai moyen maximum de 4 mois. Le délai moyen de 47 MDPH sur 88 a augmenté entre 2016 et 2017 (53 %) ; le délai moyen de 32 MDPH a diminué (36 %), et 10 MDPH ont un délai moyen stable (11 %).



MDPH classées par ordre croissant du délai moyen de traitement des demandes

■ Délais moyens de traitement « enfants » 2017 ■ Délais moyens de traitement « enfants » 2016

Source : CNSA, échanges annuels 2017.

6. Focus sur les droits et prestations

6.1 L'activité des MDPH liée à la PCH

La croissance des demandes de PCH se poursuit

En 2017, les MDPH ont instruit 309 500 demandes de prestation de compensation du handicap (PCH), ce qui représente près de 7 % des demandes déposées auprès des MDPH, part stable depuis 2010. 13 % de l'ensemble des demandes de PCH concernent des enfants. En moyenne, 914 demandes de PCH pour 100 000 habitants de 20 à 59 ans³⁴ ont été déposées en 2017, avec un minimum de 104 demandes et un maximum de 1 633 demandes pour 100 000 habitants de cette tranche d'âge. Rapporté à la même population, 50 % des MDPH de l'échantillon reçoivent moins de 934 demandes de PCH, et 75 % en reçoivent moins de 1 117.

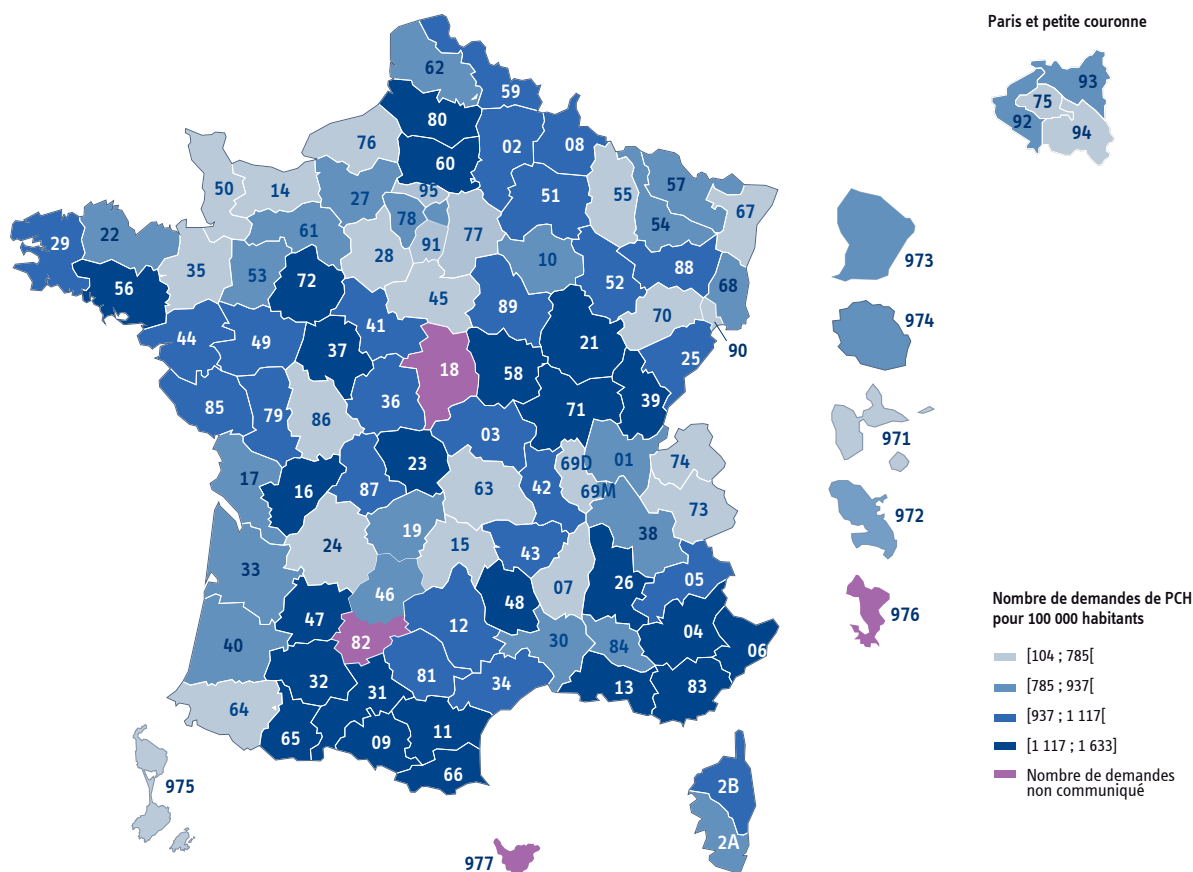
34. Le nombre de demandes de PCH est rapporté à la population des 20-59 ans en 2017, la très grande majorité des demandeurs de la PCH étant âgée d'au moins 20 ans.

Comme en 2016, la croissance du nombre de demandes de PCH se poursuit : il augmente de 6 % par rapport à 2016.

Parmi les 95 départements pour lesquels l'information est disponible à la fois en 2016 et en 2017, l'augmentation de l'activité liée à la PCH concerne 75 % des MDPH de l'échantillon ; pour la moitié des MDPH, l'augmentation du nombre de demandes de PCH ne dépasse pas 6 % ; pour un quart d'entre elles, elle est supérieure à 9 %.

En 2017, les MDPH ont accordé environ 137 600 PCH. Le taux d'accord de PCH est stable et s'établit à 45 %.

Nombre de demandes de PCH déposées rapporté à 100 000 habitants de 20 à 59 ans en 2017



Source : CNSA, enquête PCH, 2017.

Prépondérance de la PCH aide humaine dans le nombre d'attributions

En complément des données issues des rapports d'activité, une enquête portant sur la PCH permet de connaître les différents éléments de la prestation de compensation accordés par la CDAPH chaque mois. Ces éléments sont au nombre de cinq (aide humaine ; aides techniques ; aménagement du logement, du véhicule et surcoûts liés aux frais de transport ; charges spécifiques et exceptionnelles ; aide animalière) et sont attribués en fonction de la situation de la personne, de ses besoins de compensation et de son projet de vie.

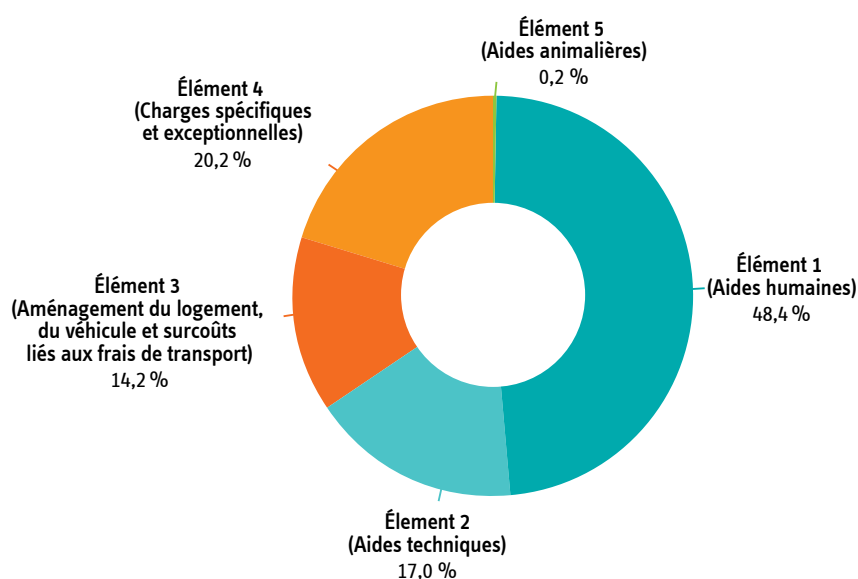
L'analyse des données disponibles indique que l'aide humaine est l'élément de la PCH le plus attribué, en augmentation par rapport à 2016 : il représente 48,9 % des éléments accordés en 2017, contre 45 % en 2016. Il s'agit de l'élément le plus fréquemment attribué pour le public éligible à la PCH, car il s'adresse à la fois aux personnes à domicile et en établissement, quel que soit l'âge.

Les aides techniques sont le deuxième élément de la PCH le plus attribué après les aides humaines : elles représentent 17,5 % de l'ensemble des éléments accordés pour la PCH.

Enfin, les aménagements du logement, du véhicule et les surcoûts liés aux frais de transport (élément 3 de la PCH) représentent 13,9 % des aides accordées dans le cadre de la PCH. Les charges spécifiques et exceptionnelles (élément 4) représentent quant à elles respectivement 11,7 et 7,7 % des aides attribuées. Les aides animalières (élément 5) sont les plus rares (0,2 %).

Répartition 2017 des éléments de la PCH accordés en volume (adultes et enfants confondus)

Échantillon : 86 MDPH



Source : Enquête mensuelle PCH, CNSA, 2018.

Les montants accordés dans le cadre de la PCH

L'aide humaine

Au niveau national, le montant moyen attribué mensuellement pour une aide humaine³⁵ est de 758 euros en 2017 (voir graphique page 116). 50 % des MDPH attribuent un montant moyen d'aide humaine inférieur à 813 euros, et 75 % des MDPH attribuent un montant moyen inférieur à 932 euros. La PCH permet de recourir à des aidants professionnels (service ou emploi direct avec ou sans rendez-vous mandataire) et/ou à des proches aidants. Le montant moyen de l'aide humaine peut être expliqué par les modalités de l'aide préconisée par l'équipe pluridisciplinaire, des tarifs différents étant associés aux quatre statuts d'aidants³⁶. Le montant moyen d'aide humaine est marqué par des différences de pratiques locales et d'orientations départementales (*via* les schémas de l'autonomie) concernant l'accompagnement du handicap, qui varient selon le lieu de vie (à domicile et/ou en établissement), ou par la configuration locale de l'offre.

35. Dans l'enquête réalisée auprès des MDPH, les montants attribués s'appliquent pour l'ensemble des personnes éligibles à la PCH à domicile et en établissement hormis pour l'aide humaine qui concerne uniquement la PCH à domicile.

36. Les tarifs horaires de l'aide humaine applicables varient selon le statut de l'aidant. Le tarif le plus élevé s'applique au service prestataire (17,77 euros par heure au 1^{er} janvier 2017), suivi du tarif mandataire (entre 14,97 euros et 15,52 euros par heure) puis de l'emploi direct (entre 13,61 euros et 14,11 euros par heure) et enfin du tarif aidant familial dédommagé (qui est de 3,73 ou 5,59 euros par heure selon la situation de l'aide familial).

Les aides techniques

Le montant accordé pour les aides techniques est, en moyenne, de 835 euros en 2017. 50 % des MDPH attribuent un montant moyen pour ces aides techniques inférieur à 885 euros ; les trois quarts attribuent un montant moyen inférieur à 1 110 euros.

Le montant moyen ponctuel accordé pour l'aménagement de logement est de 2 861 euros ; les trois quarts des MDPH attribuent un montant moyen inférieur à 3 441 euros, la moitié attribue un montant moyen inférieur à 2 915 euros.

Le montant moyen ponctuel accordé pour un aménagement du véhicule s'élève à 2 541 euros. 75 % des MDPH attribuent un montant moyen inférieur à 2 968 euros, 50 % un montant moyen inférieur à 2 728 euros.

Les surcoûts liés aux transports

Au titre des surcoûts liés aux transports peuvent être pris en compte des surcoûts liés à des transports réguliers, fréquents ou correspondants à un départ annuel en congés. En fonction des types de surcoûts (dépense régulière ou dépense ponctuelle), le type de versement de la prestation varie :

- des versements ponctuels correspondent majoritairement à des situations où les surcoûts ne sont liés qu'à des départs en congé ;
- des versements mensuels correspondent aux autres situations (surcoûts liés à des transports fréquents et réguliers avec ou sans surcoûts liés à un départ annuel en congé).

10 % des droits ouverts pour des surcoûts liés aux transports correspondent à des versements ponctuels. Le montant moyen pour ces droits avec versements ponctuels est de 4 069 euros. 75 % des MDPH attribuent un montant moyen inférieur à 655 euros, 50 % un montant moyen inférieur à 349 euros.

90 % des droits ouverts pour des surcoûts liés aux transports correspondent à des versements mensuels. Le montant moyen pour ces droits avec versements ponctuels est de 135 euros. 75 % des MDPH attribuent un montant moyen inférieur à 158 euros, 50 % attribuent un montant moyen des surcoûts liés aux frais de transport mensuels inférieur à 138 euros.

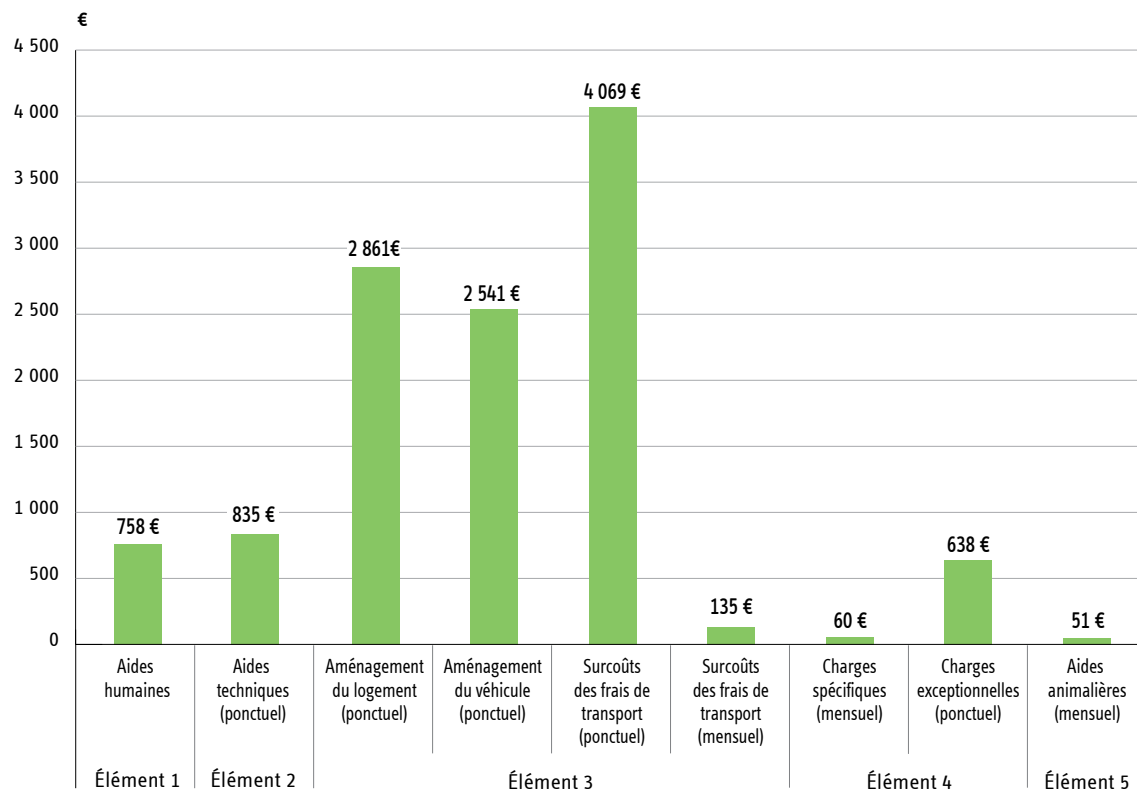
Les charges spécifiques et exceptionnelles

Le montant moyen de l'élément 4 relatif aux charges spécifiques et exceptionnelles s'élève à 244 euros en 2017. Les charges spécifiques attribuées mensuellement représentent 68 % des éléments accordés au titre de l'élément 4 avec un montant moyen attribué de 60 euros. S'agissant des charges exceptionnelles attribuées ponctuellement, ce montant moyen est de 638 euros.

Les aides animalières

Enfin, les aides animalières sont plus rarement accordées, pour un montant moyen mensuel de 51 euros.

Montant moyens attribués par élément de la PCH en 2017



Source : Enquête mensuelle PCH, CNSA, 2018.

6.2 L'activité des MDPH liée à l'attribution des cartes

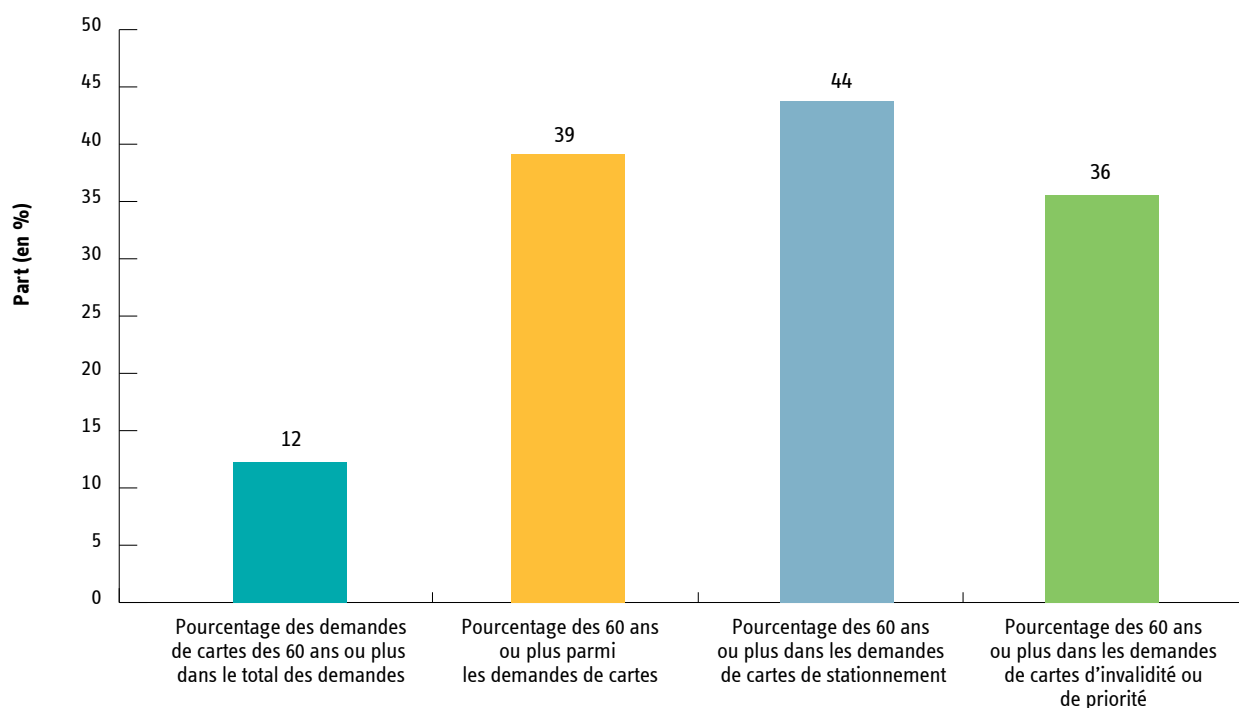
Une représentation marquée des personnes de plus de 60 ans

Les personnes de 60 ans ou plus représentent 20 % des demandes de PCH, 12 % des demandes d'AAH et 5 % des demandes de RQTH.

Elles sont particulièrement représentées dans l'activité relative aux cartes mobilité inclusion (invalidité, priorité ou stationnement) en 2017. Les demandes de cartes pour les personnes âgées de 60 ans et plus représentent près de 12 % de l'ensemble des demandes faites aux MDPH. Parmi les demandes de cartes, 39 % concernent des personnes âgées de 60 ans ou plus. Dans le détail, ces usagers comptent pour 44 % des demandes de cartes de stationnement et 36 % des demandes de cartes d'invalidité ou de priorité.

Part des demandes de cartes des personnes âgées de 60 ans et plus dans l'activité des MDPH en 2017

Échantillon variant selon indicateur : entre 65 et 77 MDPH



Source : CNSA, échanges annuels 2017.

Focus sur la CMI

La carte mobilité inclusion s'est substituée à partir du 1^{er} janvier 2017 aux cartes de stationnement, d'invalidité et de priorité. Elle comprend trois mentions possibles : « priorité », « invalidité » et « stationnement ». Pour les personnes relevant du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, la carte de stationnement reste instruite par les services départementaux de l'Office national des anciens combattants et victimes de guerre (ONACVG) et délivrée par le représentant de l'État dans le département. La CMI maintient à périmètre constant les droits attachés aux trois cartes auxquelles elle se substitue. L'autorité qui délivre la CMI aux personnes physiques est désormais le président du conseil départemental. Le représentant de l'État dans le département délivre la CMI stationnement aux organismes assurant le transport collectif de personnes handicapées. L'Imprimerie nationale³⁷ s'est vu confier le monopole de la fabrication et la gestion du cycle de vie de la CMI.

Les MDPH ont fait évoluer leurs organisations et processus : répartition du traitement des demandes de CMI avec le département ; traitement des demandes par le département ; instruction des demandes par la MDPH. Dans certains territoires, des aménagements spécifiques (personne ressource) ou liés à l'organisation déjà en place (territorialisation) sont à noter.



MDPH de Moselle (57)

« Concernant les demandes de CMI déposées à la MDPH, le dossier emprunte un circuit court pour évaluation réalisée par un médecin. Concernant les demandes CMI dans cadre de l'APA, l'évaluation est réalisée par équipes du conseil départemental. La notification est réalisée par la MDPH pour les GIR 3 à 6. »

MDPH du Val-de-Marne (94)

« Il a été décidé que l'ensemble des CMI soit traité par les services de la MDPH. »

MDA des Yvelines (78)

« Toutes les demandes de CMI sont instruites au sein des PAT [pôles autonomie territoriaux] à la fois pour les personnes en situation de handicap et les personnes en perte d'autonomie. Une procédure unique a été mise en œuvre et prévoit une évaluation unique pour tous. »

MDA de l'Isère (38)

« Organisation du traitement des demandes de CMI pour les plus de 60 ans dans les territoires. »

MDA du Territoire de Belfort (90)

« Dans le cadre de la CMI ; la nomination d'une personne ressource en interne pour suivre le chantier et l'interface avec l'Imprimerie nationale.

Les avantages sont les suivants :

- communication avec les usagers régulière et rassurante ;
- communication avec les forces de l'ordre et les services des finances régulière ;
- communication par le conseil départemental sur le bulletin d'info.

Le bilan est plutôt satisfaisant dans la mise en place. »

37. Décret n° 2016-1849 du 23 décembre 2016 relatif à la carte mobilité inclusion pris en application de l'article 107 de la loi n° 2016-1321 du 7 octobre 2016 pour une République numérique et en application de l'article 2 de la loi n° 93-1419 du 31 décembre 1993 relative à l'Imprimerie nationale.

Si le principe de la CMI est perçu de manière positive par la majorité des MDPH, plusieurs d'entre elles soulignent des difficultés dans sa mise en œuvre opérationnelle, marquée par la nécessité de mettre en place de nouveaux modes de fonctionnement avec l'Imprimerie nationale.



MDPH de Charente-Maritime (17)

« La mise en œuvre de la CMI a sans aucun doute permis de soulager les équipes de gestionnaires de droit de la confection des cartes, tâche extrêmement chronophage et peu intéressante, avec tout ce qu'elle implique [...]. Toutefois, elle ne raccourcit pas pour autant le délai de traitement des cartes, puisque c'est la phase d'évaluation qui reste la plus longue et que les délais de confection par l'Imprimerie nationale restent longs. Elle permet de réorienter l'activité des gestionnaires sur des tâches plus qualitatives et notamment sur l'analyse du dossier en amont de l'évaluation, qui devient centrale avec le nouveau formulaire de demande. »

MDPH de l'Ain (01)

« Le traitement de la CMI est différent selon source de la demande (APA ou MDPH). Les demandes CMI APA sont traitées en territoire et les demandes CMI MDPH sont traitées de façon centralisée. Il existe une confusion des circuits entre APA et MDPH si l'utilisateur dépose aux 2 endroits. »

Focus sur l'attribution de la CMI en Côte-d'Or (21) et dans l'Hérault (34)

La MDPH de l'Hérault précise que la mise en place de la CMI et le recours à l'Imprimerie nationale ont permis un gain de temps et de qualité des cartes et de décharger les agents des tâches de confection des cartes. Toutefois, les agents d'accueil et les agents instructeurs doivent faire face aux nombreuses sollicitations des usagers relatives au nouveau circuit d'envoi des photos et des cartes mobilité inclusion par l'Imprimerie nationale et aux problèmes de distribution du courrier (plis non distribués). La MDPH réalise pour le compte de la direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) les commandes de cartes mobilité inclusion stationnement destinées aux personnes morales auprès de l'Imprimerie nationale *via* un fichier de commande *ad hoc*.

La MDPH de Côte-d'Or souligne la rapidité de mise en place de la démarche autour de la CMI (un rythme très soutenu de mise en place). Une foire aux questions (FAQ) a été élaborée en interne avec les agents.

Points de vigilance

Les MDPH font remonter des contraintes techniques et des demandes d'évolution, notamment dans la gestion des erreurs de saisie ou encore autour de l'annulation du processus de fabrication.

Un temps d'appropriation du portail organisme est nécessaire. Le portail usager apparaît également complexe (notamment les évolutions sur les mots de passe).

Une difficulté est que la MDPH reste l'interlocuteur de l'utilisateur sans avoir nécessairement la main sur les éléments permettant d'apporter une réponse. Par ailleurs, les démarches doivent être faites *via* le portail usager. Or l'ensemble des usagers n'a pas accès à un ordinateur avec une connexion internet. La MDPH peut accompagner les usagers, mais cet accompagnement est parfois limité, par exemple dans la phase de paiement des demandes de duplicatas.

Le club utilisateur mis en place par la CNSA a permis de faire remonter ces difficultés.

Perspectives

Dans l'Hérault, il est prévu dans le cadre de la mise en place de la maison départementale de l'autonomie que les équipes médico-sociales APA soient formées au guide-barème afin d'être en mesure d'évaluer l'ensemble des demandes de cartes mobilité inclusion (jusqu'à présent, ces équipes ont été formées uniquement à l'évaluation des demandes de CMI stationnement et priorité). Il est également prévu de mettre à disposition un ordinateur avec une connexion en libre accès à la MDPH.

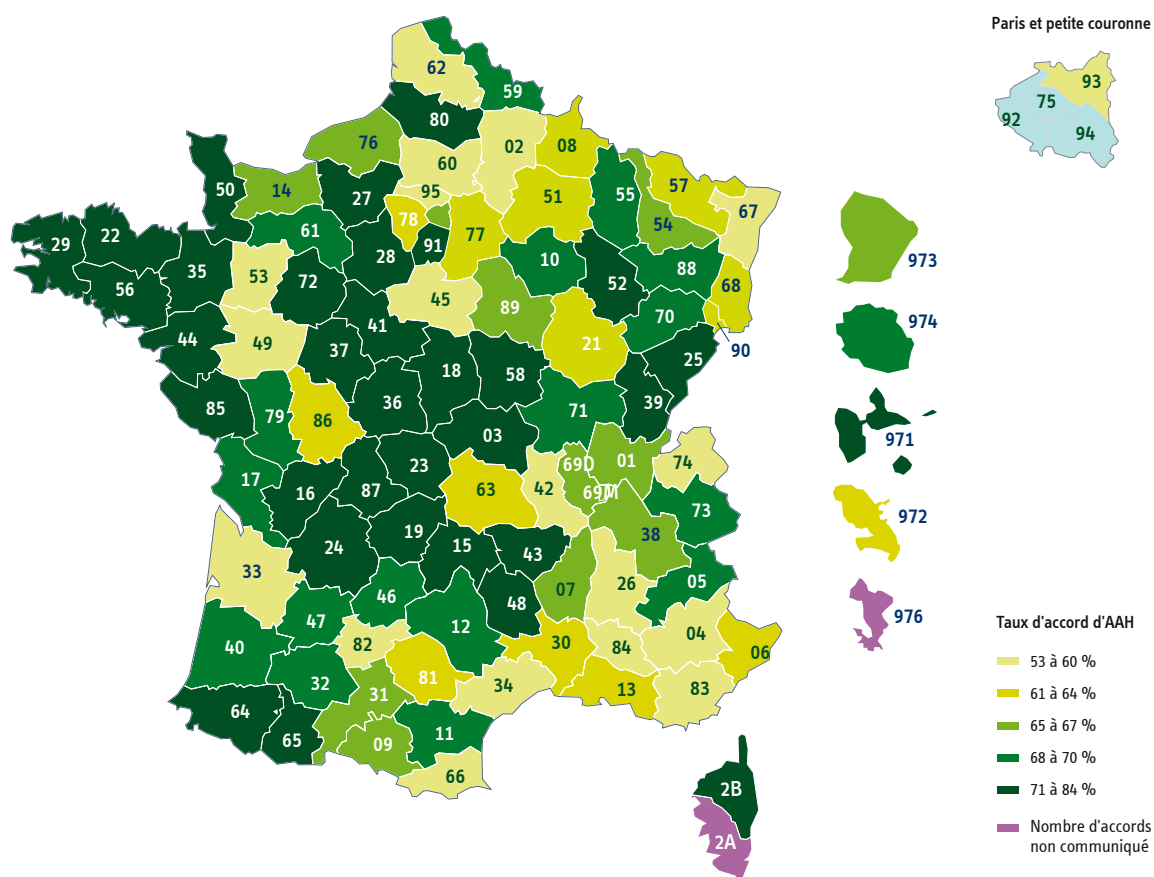
6.3 Les chiffres clés de l'allocation aux adultes handicapés³⁸

En 2017, sur les 101 MDPH ayant répondu à l'enquête *ad hoc* sur l'allocation aux adultes handicapés (AAH), un peu plus de 500 000 demandes d'AAH ont été déposées auprès des MDPH, et 594 672 décisions ont été prises par les CDAPH.

En 2017, le taux d'accord (premières demandes et réexamens)³⁹ est en légère baisse par rapport à 2016. Il passe de 70 % à 68 %, ce qui représente, pour l'échantillon des 101 MDPH, 392 000 accords, tous types d'AAH confondus. Sur un échantillon comparable de MDPH, la part des AAH au titre de l'article L. 821.2 du Code de la sécurité sociale⁴⁰ passe de 64 % d'accords en 2016 à 57 % en 2017. Les taux d'accord oscillent entre 53 % pour le département du Val-d'Oise et 84 % pour celui de la Haute-Corse. Dans 6 cas sur 10, les refus d'AAH s'expliquent par le fait que la personne a un taux d'incapacité inférieur à 50 %.

La part des réexamens d'AAH dans l'ensemble des décisions prises diminue (passant de 74 % en 2016 à 65 % en 2017). Cette baisse est très probablement liée à l'effet du décret du 3 avril 2015⁴¹ qui prévoit l'allongement de la durée du droit à l'AAH au titre de l'article L. 821-2 du Code de la sécurité sociale.

Taux d'accord d'AAH par département en 2017



Source : CNSA, enquête AAH 2017.

38. Chiffres issus de l'enquête AAH pouvant varier de l'enquête des échanges annuels, données 2017.

39. Nombre d'accords en 2017 divisé par le nombre total de décisions (accord, refus, sursis) pour cette même prestation (en %).

40. Il existe deux types d'AAH : l'AAH selon l'article L. 821.1 concerne les personnes dont le taux d'incapacité est supérieur à 80 % ; et l'AAH selon l'article L. 821.2 concerne les personnes dont le taux d'incapacité est compris entre 50 % et moins de 80 % et qui ont une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi (RSDAE).

41. Décret n° 2015-387 du 3 avril 2015 relatif à la durée d'attribution de l'allocation aux adultes handicapés pour les personnes handicapées subissant une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi.

6.4 La scolarité

La scolarité constitue l'un des sujets clés des MDPH, amenées à accompagner les enfants en situation de handicap dans leur parcours scolaire ou d'apprentissage.

Les effectifs dédiés à la mission de la MDPH sur les parcours scolaires et d'apprentissage sont partagés entre plusieurs catégories professionnelles, mais s'appuient en particulier sur des « correspondants scolarisation ». Sur 88 MDPH ayant renseigné cette donnée dans leur rapport d'activité 2017, le nombre d'équivalents temps plein (ETP) sur ces postes s'élève, au niveau national, à 154,37.

Droits et prestations en matière de scolarité

Orientations en ESMS et orientations scolaires

Les MDPH peuvent proposer trois types d'orientations :

- une scolarisation en classe ordinaire avec ou sans accompagnement humain/matériel pédagogique adapté/transport scolaire ;
- une scolarisation en classe adaptée (ULIS, section d'enseignement général et professionnel adapté – SEGPA) ;
- une scolarisation au sein d'un établissement ou service spécialisé qui dispose en son sein d'une unité d'enseignement (IEM, IME, ITEP, SESSAD). De nombreux ESMS ont engagé une démarche inclusive en externalisant dans des établissements scolaires les unités d'enseignement qu'ils gèrent (unités d'enseignement en maternelle – UEM, par exemple).

En 2017, sur 67 MDPH ayant renseigné cette donnée :

- 57,6 % des accords d'orientation scolaire concernaient des ULIS ;
- 9,2 % des accords concernaient des SEGPA ;
- 19,1 % concernaient des classes ordinaires ;
- 4,5 % concernaient des unités d'enseignement ;
- 0,3 % concernaient des dispositifs langue des signes française (LSF).

Aides humaines relatives à la scolarisation

Le statut et les modalités d'accompagnement des aides humaines de scolarisation ont évolué ces dernières années pour répondre à des enjeux à la fois de professionnalisation des auxiliaires de vie scolaire et de possibilité pour les MDPH de choisir entre les modalités d'accompagnement pour une scolarisation en classe ordinaire. Deux statuts d'aides humaines peuvent être distingués : les accompagnants des élèves en situation de handicap (AESH), qui peuvent être individuels, mutualisés ou exercer au sein de dispositifs collectifs ; les auxiliaires de vie scolaire sous contrat unique d'insertion (AVS CUI).

Matériel pédagogique adapté

Depuis le décret n° 2014-1485 du 11 décembre 2014, le matériel pédagogique adapté entre dans les aides à la scolarisation qui donnent lieu à une décision d'attribution par la CDAPH (auparavant, la CDAPH émettait un avis).

Le partenariat avec l'Éducation nationale

L'analyse des rapports d'activité montre que les MDPH ont majoritairement déployé dans leur fonctionnement une organisation partenariale dédiée à la scolarité. 53 MDPH ont indiqué avoir une gouvernance formalisée régulant les relations avec l'Éducation nationale. 74 MDPH ont déclaré avoir des dispositifs spécifiques de préparation de la rentrée scolaire en place ou en cours de déploiement. 47 MDPH disent réaliser des actions de formation avec l'Éducation nationale et les ESMS.

	Gouvernance formalisée régulant les relations avec l'Éducation nationale		Présence de dispositifs spécifiques de préparation de la rentrée scolaire		Formations conjointes entre la MDPH, l'Éducation nationale et les ESMS	
	Nombre	Part	Nombre	Part	Nombre	Part
Total : nombre de MDPH ayant répondu	85	100 %	87	100 %	87	100 %
Mise en place	53	62,35 %	65	74,71 %	47	54,02 %
En cours de mise en œuvre	7	8,24 %	9	10,34 %	9	10,34 %
Sous-total installé ou en cours de mise en œuvre	60	70,59 %	74	85,05	56	64,36 %
Pas installé	25	29,41 %	13	14,94 %	31	35,63 %

Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.

Focus : Le regard de la MDA de la Mayenne (53) sur les travaux menés sur la scolarité

Un travail partenarial important est mené entre la MDA de la Mayenne, la direction des services départementaux de l'Éducation nationale et la direction départementale de l'éducation catholique pour favoriser la scolarisation et l'intégration des enfants en situation de handicap en milieu ordinaire. Des solutions concrètes sont apportées aux enfants en situation de handicap comme les unités d'enseignement en maternelle qui existent en Mayenne depuis maintenant deux ans. Ces UEM permettent l'accueil dès leur plus jeune âge des enfants présentant des troubles autistiques à l'école maternelle.

Dans la dynamique d'une démarche « zéro sans solution », la MDA de la Mayenne propose aux enfants en situation de handicap des réponses « intermédiaires ». Ainsi, une insertion à l'école est proposée à tous les enfants dans l'attente d'une nouvelle proposition ou orientation. Cette démarche permet d'éviter aux enfants en situation de handicap et à leur famille une attente sans solution. Un partenariat étroit avec l'Éducation nationale permet la mise en œuvre de ce dispositif.

Le département est relativement bien doté en classes adaptées (27 ULIS École, 18 ULIS Collège, 5 ULIS Lycée et 9 SEGPA) ; toutefois, les 5 ULIS Lycée sont actuellement insuffisantes pour répondre aux besoins, ce qui entraîne des retours par défaut dans les IME.

En revanche, il est constaté un manque de places en SESSAD et en ITEP sur les territoires, les listes d'attente pour ce type de structures étant importantes.

Un travail important a été mené entre la MDPH et les centres de formation d'apprentis (CFA) pour développer l'accueil des personnes en situation de handicap au sein de ce type de structures. Des résistances sont constatées du côté de certains professeurs.

Points de vigilance

Un travail doit être mené avec les enseignants-référents qui formulent parfois des demandes d'AVS de manière trop systématique. Ainsi les demandes « hors champ » ne relevant pas de la compétence de la MDPH ont fortement augmenté ces dernières années. L'enjeu est de sensibiliser les enseignants-référents sur la nécessité de distinguer les enfants en difficultés scolaires des enfants en situation de handicap. Cette augmentation des demandes « hors champ » a un impact sur les délais de traitement.

Les demandes d'aménagement d'examen sont chronophages. Des réflexions en lien avec l'Éducation nationale sont en cours pour identifier si cette dernière ne pourrait pas traiter les demandes qui relèvent de son champ.

Concernant le matériel pédagogique, la MDPH limite les notifications pour obtenir un ordinateur, car il apparaît, suite aux retours des familles et des enseignants, que les enfants ne les utilisent pas toujours. Aujourd'hui, la MDPH impose dans un premier temps une obligation d'essai avec le matériel de l'école ainsi qu'un bilan d'ergothérapeute pour savoir si l'enfant est capable d'utiliser l'ordinateur.

Leviers identifiés

Les enseignants-référents vont être invités à participer aux équipes pluridisciplinaires. Cette participation permettra également de les sensibiliser aux enjeux autour de la complétude du GEVA-Sco.

La MDPH souhaite mettre en place des circuits courts pour les demandes complémentaires concernant du matériel, des demandes pédagogiques, des AVS. L'objectif est de ne pas passer en revue les demandes complémentaires concernant des dossiers déjà connus en équipe pluridisciplinaire. Cela nécessite une évolution des pratiques professionnelles.

6.5 L'emploi

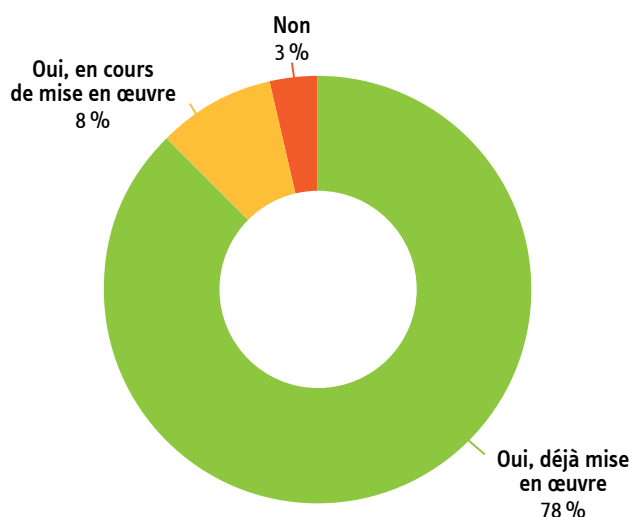
À l'instar de la scolarité, si la mission de la MDPH relative à l'accompagnement des parcours professionnels est partagée par de nombreux professionnels, elle s'appuie en particulier sur les « référents pour l'insertion professionnelle ». En 2017, sur 89 MDPH ayant répondu à la question, on estimait à 134,40 le nombre d'ETP dédiés à cette mission.

Pour répondre aux besoins liés à l'emploi exprimés par les usagers, la MDPH s'appuie également sur un grand nombre de partenaires et de dispositifs dédiés.

La dynamique partenariale autour de l'emploi

Sur 89 MDPH ayant répondu, 78 ont déclaré avoir signé une convention de partenariat avec les services publics de l'emploi. 8 MDPH ont déclaré que celle-ci était en cours de mise en œuvre, et 3 MDPH ont déclaré ne pas en avoir. On estime à 97 % la part des MDPH ayant conclu ou allant conclure une convention avec le service public de l'emploi.

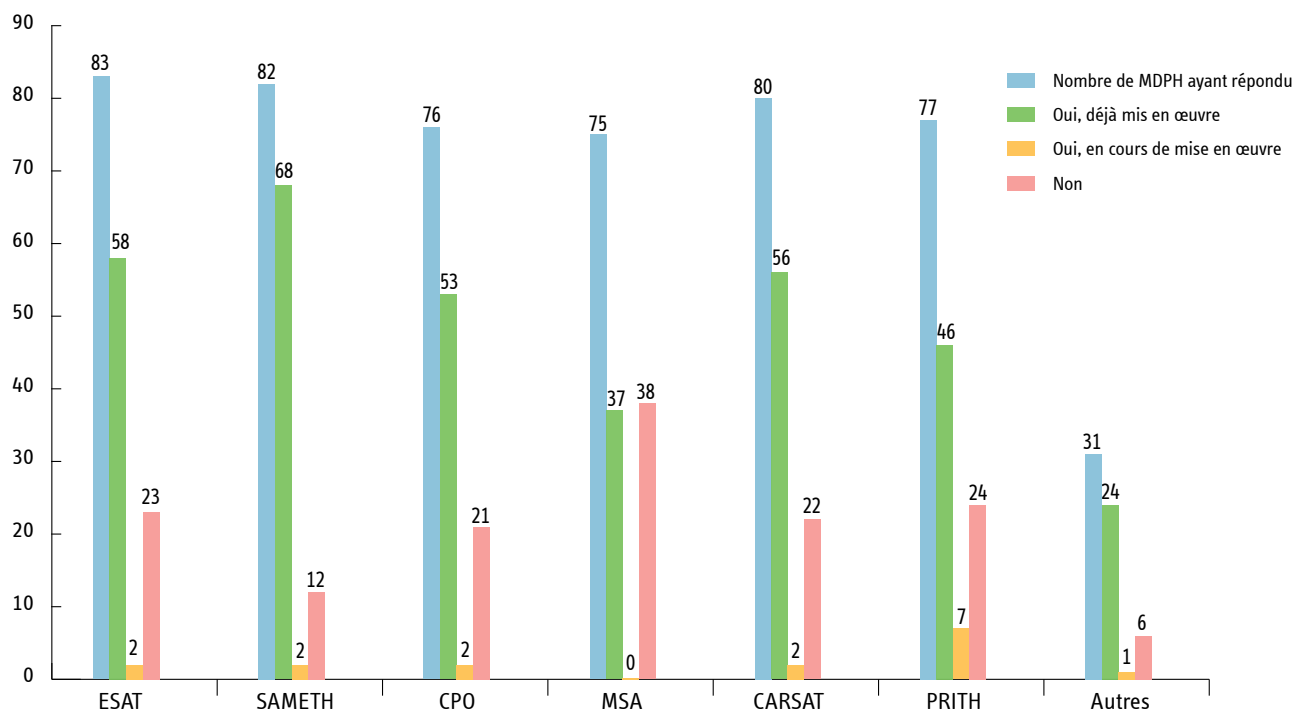
Nombre de MDPH ayant une convention avec le service public de l'emploi
Échantillon : 89 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.

Au-delà des acteurs du service public pour l'emploi (Pôle Emploi, Cap Emploi, missions locales) avec lesquels des partenariats importants sont mis en place⁴², les MDPH ont également déclaré d'autres partenariats.

**Nombre de MDPH ayant déclaré avoir un partenariat (formalisé ou non)
avec un ou plusieurs partenaires des catégories ci-dessous**



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.

68 MDPH déclarent avoir mis en place un ou plusieurs partenariats avec des services d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH), 58 avec des établissements et services d'aide par le travail (ESAT), 56 avec les caisses d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT), 53 avec des centres de préorientation (CPO). Les partenariats avec la mutualité sociale agricole (MSA) et les plans régionaux d'insertion pour les travailleurs handicapés (PRITH) semblent les moins répandus : respectivement 38 et 24 MDPH déclarent n'avoir aucun partenariat avec ces acteurs.

24 MDPH ont également déclaré s'être associées à d'autres partenaires que ceux cités précédemment, notamment :

- la caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France (CRAMIF) ;
- l'Éducation nationale (centre d'information et d'orientation – CIO, SEGPA) ;
- les missions locales ;
- l'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH) ;
- les CPAM ;
- les associations et les ESMS locaux.

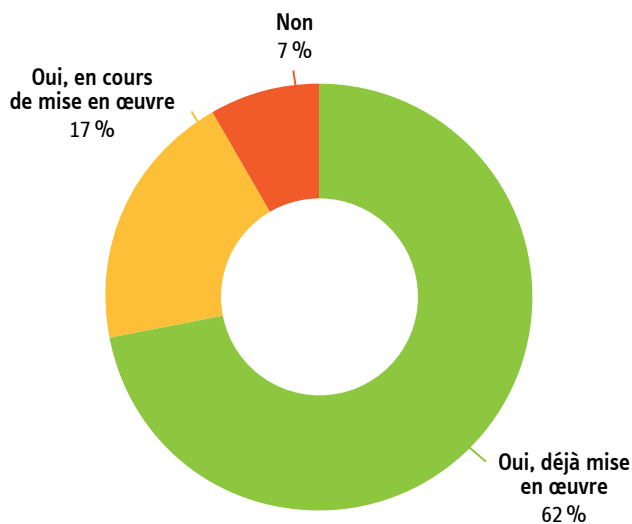
42. Voir la partie « L'animation d'une démarche partenariale active » page 34 du rapport.

Focus sur les mises en situation professionnelle en ESAT (MISPE)

Parmi les 86 MDPH ayant répondu, 62 ont déclaré avoir déjà prescrit des mises en situation professionnelle en ESAT (MISPE) ; 17 ont déclaré que la prescription de MISPE était en cours.

État de la mise en œuvre de la mise en situation professionnelle en ESAT (MISPE)

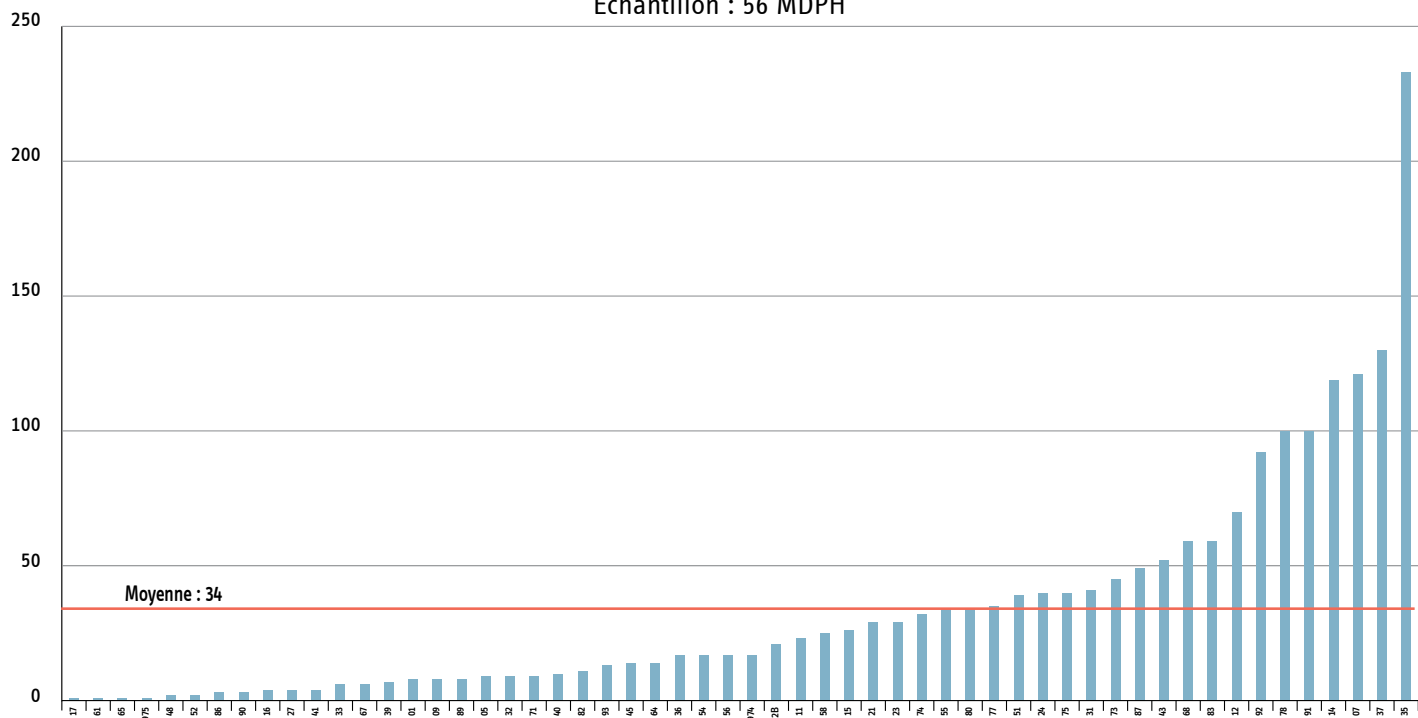
Échantillon : 86 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.

Nombre total de MISPE prescrites par les équipes pluridisciplinaires

Échantillon : 56 MDPH



Source : CNSA, échanges annuels 2017.

Le nombre de MISPE prescrites par les MDPH varie beaucoup. Sur les 58 MDPH ayant renseigné cette donnée, on estime que près de 1 903 MISPE ont été prescrites par les équipes pluridisciplinaires.

Retour d'expérience de la MDPH de Côte-d'Or (21) sur la mise en place de la MISPE

L'orientation professionnelle et l'insertion des personnes en situation de handicap dans le milieu ordinaire du travail représentent un enjeu important pour la MDPH et ses partenaires, du fait du volume de demandes concernées. Un travail partenarial a été initié en amont de la parution des décrets d'application.

Des temps d'échanges ont été organisés avec l'ensemble des partenaires (ARS, les Pupilles de l'enseignement public – PEP, mission locale, Mutualité française) pour organiser la délégation de gestion des MISPE. La tenue de réunions d'information ouvertes et le portage local par la MDPH ont facilité l'incarnation du projet.

Cette délégation a été réalisée par type de public et par secteur géographique ; néanmoins, la MDPH a conservé la gestion directe de certaines situations.

Suite au conventionnement, une réunion a été organisée avec tous les partenaires et les directeurs d'ESAT pour présenter le circuit de traitement des demandes et de circulation de l'information, les points de vigilance...

La délégation de gestion a en effet nécessité la mise en place d'outils de communication avec les partenaires. Une fiche de liaison est ainsi créée pour chaque usager et permet la remontée d'informations du délégataire à la MDPH.

Le processus d'orientation a également été défini :

1. Arrivée de la demande à la MDPH.
2. Traitement par la référente insertion.
3. Orientation vers le partenaire pertinent.

Un temps de bilan annuel avec les partenaires est également prévu.

Les points de vigilance

Après un an de fonctionnement, le bilan de la démarche est positif, mais sa conduite fait remonter plusieurs points d'attention :

- > les ESAT partenaires ont besoin d'obtenir des informations pratiques sur la gestion administrative des MISPE (ex. : taux de cotisation applicable), que la MDPH ne peut pas toujours délivrer ;
- > la possibilité de réaliser une MISPE est souvent conditionnée à l'existence d'une offre de logement adapté à proximité ;
- > les montants restant à la charge de l'usager (transports, repas) peuvent être des freins à la mise en place des MISPE. Les aides possibles ne sont pas toujours bien connues par les usagers ou les partenaires ;
- > les ESAT sont en attente d'un retour d'information à la fin de la MISPE après le passage en CDA ;
- > la MISPE peut être dévoyée dans son objet en étant utilisée comme une période d'essai par les ESAT ; une attention particulière doit donc être portée au contexte de sa mise en place ;
- > la gestion et la mise en place des MISPE entraînent une charge de travail supplémentaire pour les référents professionnels.

Les perspectives

La MISPE constitue un dispositif pour lequel la MDPH pourrait avoir un rôle de coordination et non d'acteur opérationnel. En effet, dans un contexte favorable dans lequel un ensemble de partenaires seraient en mesure d'assurer la gestion pratique des MISPE, la MDPH pourrait alors avoir un rôle de supervision et s'assurerait du respect du cadre évoqué lors de la convention.

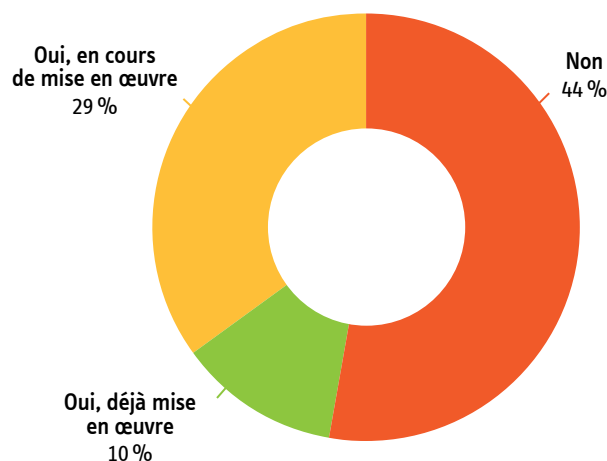
Elle serait ainsi prescriptrice et coordonnerait la mise en place des MISPE, mais n'assurerait pas le suivi direct, cette démarche s'inscrivant pleinement dans une dynamique d'enrichissement des liens partenariaux avec l'ensemble des acteurs locaux.

L'emploi accompagné

10 des 83 MDPH ayant répondu ont mis en place des actions pour l'emploi accompagné, et 29 ont déclaré que ces actions étaient en cours de déploiement. Ce niveau est révélateur de l'état du déploiement de l'emploi accompagné fin 2017, car ce dispositif s'est réellement développé en 2018.

Présentation de la mise en œuvre d'actions pour l'emploi accompagné

Échantillon : 83 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.

6.6 L'orientation médico-sociale

En 2017, les orientations vers des ESMS concernaient près de 8,6 % des demandes reçues par les MDPH : 5,3 % pour les enfants (y compris orientations scolaires) et 3,3 % pour les adultes.

La perception des tensions sur l'offre

Les orientations proposées par les équipes pluridisciplinaires se doivent d'être les plus pertinentes possibles au regard des besoins identifiés pour chaque personne. Toutefois, il est tenu compte des contraintes liées à l'offre de manière à éviter les situations de ruptures résultant du manque ou de l'indisponibilité des places⁴³. Beaucoup de MDPH pratiquent ainsi la « double orientation » indiquant, d'une part, une orientation cible ne tenant pas compte des contraintes de l'offre et, d'autre part, une orientation alternative permettant à l'utilisateur de trouver une place dans une structure dont l'accompagnement est proche de ses besoins. Avec le nouveau formulaire de demande et la démarche « Une réponse accompagnée pour tous »⁴⁴, elles sont amenées à individualiser et proposer des réponses plus modulaires, plus diversifiées et à ne pas raisonner seulement en termes de places.

Les MDPH soulignent dans leurs rapports d'activité leurs difficultés à orienter au mieux les usagers dans des contextes parfois contraints où l'offre ne correspond pas aux besoins. De nombreuses MDPH évoquent un déficit de places, en particulier dans les structures d'accompagnement pour les enfants, et des difficultés à assurer une prise en charge et une coordination suffisante avec la pédopsychiatrie.

Elles soulignent l'important impact de ces inadaptations sur les parcours des usagers : en l'absence de réalisation de l'orientation cible, la construction des réponses se complexifie et prend plus de temps, et la réponse finale apportée à l'utilisateur peut ne pas répondre à ses besoins. L'enjeu de la transformation de l'offre liée à la réponse accompagnée trouve ici un fort écho.

43. Voir le chapitre 3 : Les différents processus métier dans le traitement de la demande d'un usager, Le SI suivi des orientations, page 90.

44. Voir le chapitre 1 : Le pilotage des chantiers, Le déploiement de la démarche « Réponse accompagnée pour tous », page 7.



MDPH de la Drôme (26)

« Les taux d'équipement pour les établissements et services médico-sociaux "enfance" et "adulte" sont globalement supérieurs aux moyennes régionales et nationales, mais de nombreux établissements ont une vocation interrégionale (certains FAM [foyers d'accueil médicalisé] accueillent jusqu'à 66 % de non drômois). D'autre part, l'offre médico-sociale actuelle montre ses limites dans la prise en charge de certaines formes de handicap (accompagnement et prise en charge des enfants et adultes présentant un trouble du spectre autistique, des enfants polyhandicapés) et un manque de solutions pour les situations complexes. Il conviendrait également de pouvoir faire évoluer l'offre en direction des personnes handicapées vieillissantes. »

Le travail engagé sur la résolution des situations relevant de l'amendement Creton

L'article 22 de la loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 dit « amendement Creton » permet le maintien d'adolescents et de jeunes adultes dans un établissement médico-social pour enfants au-delà de 20 ans dans l'attente d'une solution adaptée pour adultes.

Après plusieurs années de fonctionnement, le constat partagé par les MDPH est celui de la pérennisation d'une solution temporaire sans qu'une solution plus adaptée soit trouvée. Plusieurs MDPH indiquent travailler avec l'agence régionale de santé et le conseil départemental sur les parcours de vie et de santé des jeunes adultes en amendement Creton afin de proposer des orientations plus adaptées à leur situation.

Retours d'expérience de la MDPH de la Haute-Marne (52)

Les professionnels doivent être particulièrement attentifs à la situation de l'utilisateur au moment des transitions entre les âges. En effet, c'est le plus souvent lors des transitions que peuvent survenir des ruptures de parcours.

À partir du constat d'un nombre important de personnes maintenues en amendement Creton, la MDPH a initié un travail d'anticipation de la transition des enfants vers les structures pour adultes.

Ainsi, une démarche de contact avec les familles dont les enfants arrivent à l'âge de la transition a été organisée.

Cette démarche a été poursuivie par l'organisation de réunions semestrielles avec les ESMS partenaires pour analyser les situations des enfants en amendement Creton avant d'être étendue à l'analyse de l'ensemble des situations des enfants âgés de 18 ans. L'objectif était de préparer au mieux la poursuite du parcours du jeune en étudiant la possibilité pour ce dernier de poursuivre dans un ESAT, d'intégrer un foyer de vie... et donc d'anticiper les démarches à réaliser. L'accent a été mis particulièrement sur le lien avec les IME qui sont les premiers concernés par la mise en place des amendements Creton.

Ce modèle de coopération a été étendu à partir de 2017 avec l'introduction de l'ASE comme partenaire pour travailler en coopération sur des situations dans lesquelles interviennent des partenaires multiples (ASE, ESMS, tuteurs).

L'anticipation est alors inscrite comme « mode de fonctionnement classique », tant pour les acteurs institutionnels que pour les familles qui peuvent ainsi réfléchir et mûrir un projet adapté avec le jeune.

Cette démarche s'illustre concrètement au sein de la MDPH par une sollicitation des professionnels du pôle adultes par les référents enfants dès que ceux-ci ont à traiter un dossier relatif à un enfant ayant entre 16 et 20 ans. La bonne connaissance des acteurs du territoire est un élément facilitant pour l'analyse globale de la situation de l'utilisateur et la proposition d'orientations qui seront applicables. Le nouveau formulaire de demande introduisant la demande générique affirme cette pratique professionnelle.

Un travail de mise en place de critères d'admission harmonisés, partagés entre les acteurs, est également engagé. Parallèlement, le service départemental d'aide à l'insertion professionnelle accompagne les usagers orientés en ESAT et qui sont sans solution d'accueil. Les situations sont étudiées, et une priorisation des usagers selon leur attente d'orientation réelle (ordre de priorité de 1 à 3) permet de connaître clairement le nombre de personnes en attente de place.

Les points de vigilance

Les orientations proposées par la MDPH, notamment lors de la transition enfant-adulte, sont contraintes par les réalités des possibilités d'accueil et d'accompagnement sur le territoire. Sur ce territoire particulièrement confronté à des départs vers la Belgique, il est nécessaire que les orientations soient en adéquation avec les places offertes par les ESMS locaux. Une bonne connaissance des disponibilités est donc importante et passe par une communication active entre la MDPH et les structures du territoire.

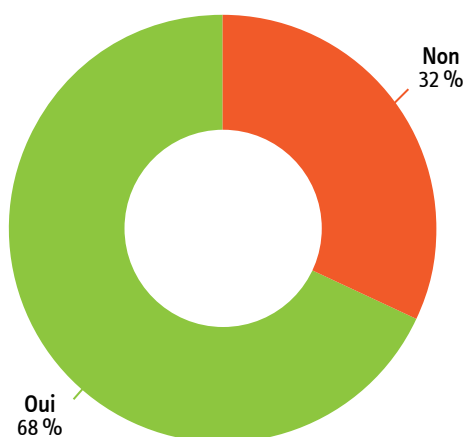
Perspectives

La MDPH est engagée dans une dynamique qui vise à pérenniser la mise en place d'une coopération accrue entre les acteurs, MDPH – ESMS – familles, pour anticiper les transitions et mettre en place un parcours adapté sans rupture. Ceci s'inscrit dans le cadre plus global d'un meilleur suivi de l'utilisateur après son orientation avec la mise en place d'un accompagnement tout au long de son parcours.

La participation à des dispositifs expérimentaux dans de nombreuses MDPH

Parmi les 82 MDPH ayant renseigné cette donnée, 56 ont déclaré participer à des dispositifs expérimentaux, soit 68 % des répondants.

Nombre de MDPH ayant déclaré participer à des dispositifs expérimentaux ou innovants
Échantillon : 82 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.

Les dispositifs expérimentaux auxquels participent les MDPH sont variables tant par leurs formes que par leurs thématiques.



MDPH du Calvados (14)

« Il convient de noter la mise en place par l'ARS du "dispositif expérimental DÉJÀ", pour les usagers âgés de 16 à 25 ans, afin de les accompagner vers l'insertion sociale ou professionnelle ou des dispositifs de soins. La MDPH participe aux comités techniques de suivi des situations.

Ce dispositif répond à de vrais besoins identifiés pour cette tranche d'âge, notamment pour les élèves sortant d'ULIS sans qu'il ait été préparé de projet professionnel, ou pour des jeunes d'ITEP voulant rentrer de nouveau dans des apprentissages. »

MDPH de Charente (16)

« Dispositif Familles gouvernantes avec PCH mutualisée : expérience très concluante pour des usagers dont l'autonomie ne permet pas une vie à domicile indépendante. »

MDPH de Haute-Savoie (74)

« Le DEAT (dispositif expérimental d'accueil transitoire) est destiné à prendre en charge des enfants aux difficultés multiples (en situation de handicap et suivis par le service d'aide sociale à l'enfance). L'étude se fait en formation spécifique avec une EP dédiée (présence de représentants de l'ARS, de la protection de l'enfance, des établissements médico-sociaux, du médecin et de l'assistante sociale de la MDPH). La plupart des dossiers examinés par cette EP font l'objet d'une présentation en CDAPH plénière. Chaque notification précise les objectifs de la prise en charge. »

Les personnes handicapées vieillissantes

La préoccupation des MDPH vis-à-vis des orientations en ESMS des personnes handicapées vieillissantes est de plus en plus notable. Plusieurs MDPH évoquent des travaux engagés, souvent en lien avec l'ARS ou le conseil départemental, pour mieux appréhender cette problématique. Certaines MDPH évoquent ainsi l'organisation de travaux sur :

- le recensement et l'analyse des besoins des personnes ;
- la création de places « personnes handicapées vieillissantes » au sein des établissements.



MDPH des Hautes-Alpes (04)

« L'élaboration d'un schéma départemental unique des solidarités a conduit la MDPH à piloter des actions en vue de créer de nouveaux modes de prises en charge et de porter la création de dispositifs permettant la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes. »

5 Les moyens humains et financiers des MDPH

Rappel : l'échantillon en 2017 comprend 92 MDPH ayant répondu, contre 102 en 2016.

Bien que distinctes dans le reste du document, les données de la maison départementale métropolitaine des personnes handicapées (MDMPH) du Rhône-métropole de Lyon sont consolidées ici.

1. La situation financière des MDPH

1.1 Le solde de fonctionnement en 2017

En 2017, les recettes enregistrées au compte administratif des 89 MDPH ayant communiqué ces données atteignent 189 314 462,7 euros pour l'exercice comptable 2017.

	Dépenses de fonctionnement (hors FDC) 89 MDPH	Recettes de fonctionnement (hors FDC) 89 MDPH
Réalisation de l'exercice	187 292 185,2 €	189 314 462,7 €
	Dépenses d'investissement (hors FDC) 57 MDPH	Recettes d'investissement (hors FDC) 57 MDPH
Réalisation de l'exercice	1 867 779,1 €	2 415 554,9 €

Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.

Les participations monétaires des partenaires à l'exercice budgétaire 2017 (hors valorisation des mises à disposition non refacturées, hors reports de l'exercice précédent) représentent 99,5 % de ces recettes, réparties entre les trois principaux partenaires : l'État pour 37,5 %, le conseil départemental pour 30 % et la CNSA pour 27,8 %.

Contrairement aux années précédentes, la majorité des MDPH ont enregistré un solde de fonctionnement excédentaire. 39 MDPH (sur 89 ayant répondu) connaissent un solde de fonctionnement déficitaire sur le résultat comptable 2017.

Le report de fonctionnement, constitué du cumul des soldes excédentaires des années précédentes, permet de couvrir les charges et d'établir un équilibre budgétaire pour de nombreuses MDPH, mais s'amenuise, confirmant la tendance des précédentes années. Plusieurs MDPH en situation déficitaire sur la section fonctionnement indiquent rencontrer des difficultés à assurer le bon équilibre budgétaire.



MDPH du Nord (59)

« La MDPH est encore, aujourd'hui, confrontée à une problématique majeure, elle reste soumise à l'application de sa convention constitutive dont les termes n'ont jamais été réactualisés depuis sa date de signature en 2007. Le montant des subventions versées n'a, en effet, jamais été indexé à l'activité dont la courbe ne cesse de croître. À cela s'ajoutent les dispositions réglementaires obligatoires qui contribuent à l'augmentation croissante des dépenses de gestion et de personnel. »

MDA du Cantal (15)

« L'accroissement du volume d'activité de la MDPH a généré des charges de travail en augmentation nécessitant le recours à des renforts de personnel. La MDPH constate en fin d'exercice un déficit de fonctionnement qui était jusqu'alors comblé par l'excédent. »

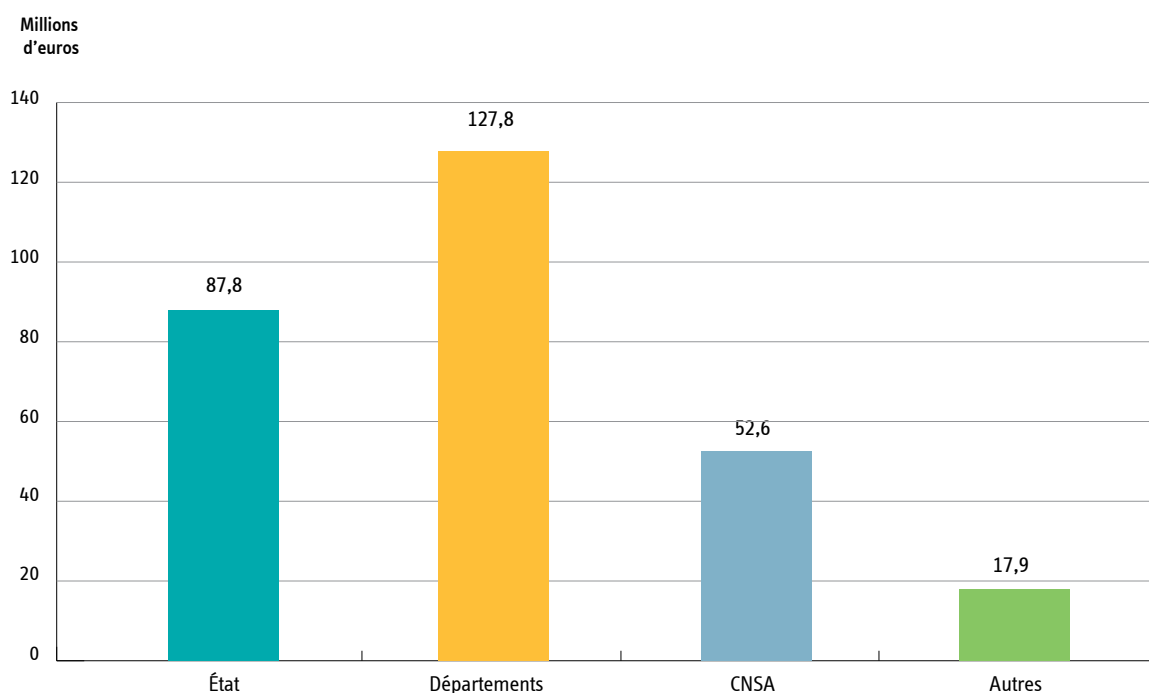
1.2 Les apports des partenaires

En 2017, après valorisation des mises à disposition de personnel et des services externalisés non refacturés (apports en nature), on estime à 281,1 millions d'euros les apports des partenaires aux MDPH. Ils se répartissent entre les trois principaux contributeurs : les conseils départementaux pour 44,7 %, l'État pour 30,7 %, la CNSA pour 18,4 %.

Apports aux MDPH (monétaires et en nature) par contributeur en 2017

(hors investissement ; hors FDC)

Échantillon : 92 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.



MDA de la Mayenne (53)

« Les participations des partenaires apparaissent stables d'une année à l'autre. En 2017, la subvention de la CNSA a augmenté de 90 000 euros, afin de permettre le recrutement d'un chargé de mission "Réponse accompagnée pour tous" pour deux années. »

MDA d'Eure-et-Loir (28)

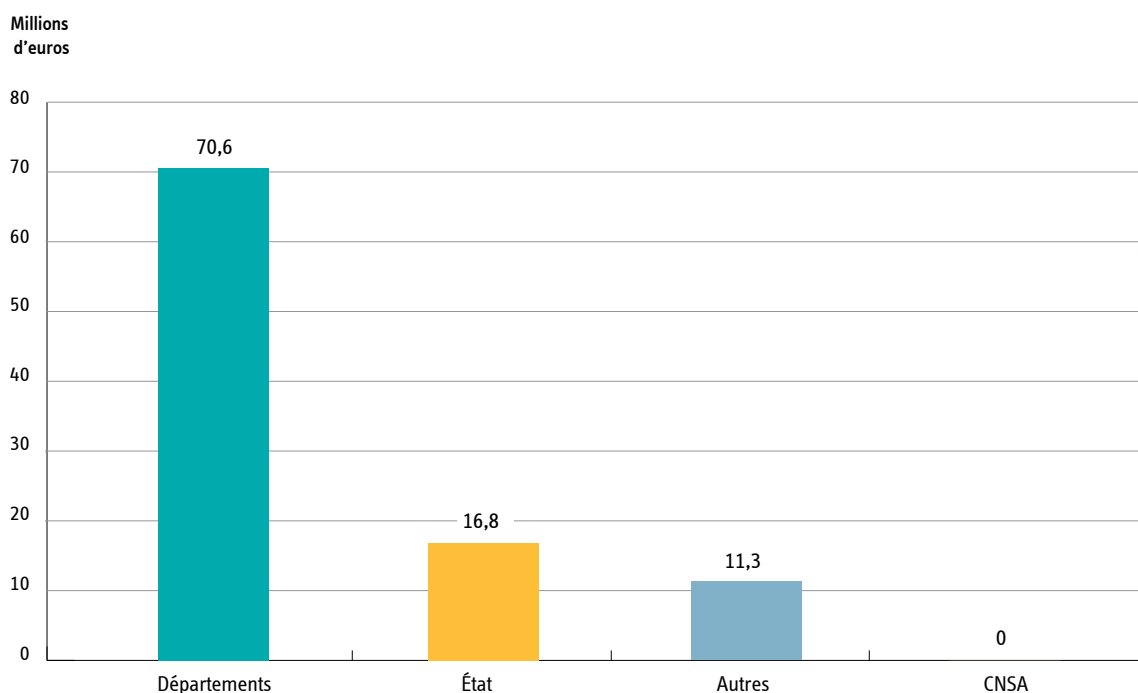
« Pour les missions d'accueil, d'instruction ou d'évaluation, le conseil départemental met à disposition à titre gracieux les agents exerçant des missions déléguées par cette collectivité (APA, paiement de la PCH, aide sociale PA et PH, accueil familial) et également certains agents de l'ex-MDPH bien identifiés par le biais de la convention constitutive. »

Dans le détail, on estime que les apports en nature s'élèvent, pour 2017, à 98,6 millions d'euros. Ils sont constitués à 71,6 % des apports des conseils départementaux, à 17 % des apports de l'État et à 11,4 % de ceux des autres partenaires (Pôle Emploi, CARSAT...).

Apports aux MDPH en nature par contributeur en 2017

(hors investissement ; hors FDC)

Échantillon : 92 MDPH pour les mises à disposition de personnel non refacturées, mais seulement 67 MDPH pour les services externalisés non refacturés



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.

Au-delà des apports financiers qu'elle reçoit, la MDPH joue un rôle d'assembleur qui ne pourrait fonctionner sans l'engagement et les compétences des partenaires qui interviennent auprès des usagers.



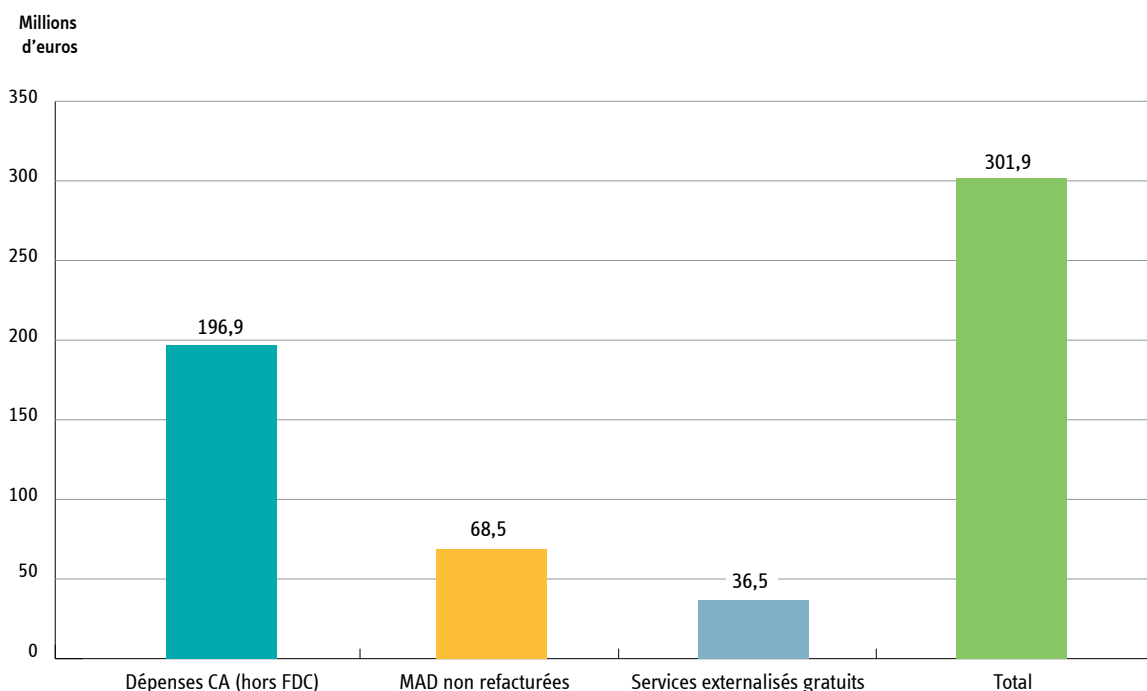
MDPH de la Haute-Garonne (31)

« Il est toutefois essentiel de rappeler, qu'en complément des financements directs, la MDPH ne pourrait pas remplir sa mission si elle ne pouvait pas s'appuyer sur les acteurs du service public de l'emploi, des établissements et services médico-sociaux, du sanitaire (pédopsychiatrie, psychiatrie), des centres ressources (autisme, maladies rares, troubles des apprentissages) de la formation, de la CPAM, de la CARSAT, des CCAS, de la MSA. L'expertise de ces professionnels, les échanges construits autour de situations restent bien les garants de partenariats construits, pour assurer un service public de qualité. »

1.3 Les dépenses des MDPH

En 2017, **les dépenses de fonctionnement associées aux 92 MDPH ayant répondu atteignent 301,9 millions d'euros**. Ce coût global de fonctionnement intègre les dépenses au compte administratif des MDPH (hors fonds de compensation) ainsi que la valorisation des mises à disposition de personnel et de services externalisés non refacturés aux MDPH.

Décomposition du coût de fonctionnement des MDPH en 2017 (hors FDC)
Échantillon : 92 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.

Clé de lecture : en 2017, les mises à disposition de personnel non refacturées par les partenaires représentent 68,5 millions d'euros, soit 22,7 % des 301,9 millions d'euros du coût total de fonctionnement des MDPH.

Les tendances observées en 2016 se confirment.

La part des dépenses des partenaires concernant les mises à disposition de personnel continue de diminuer en 2017 (22,7 % contre 25,7 % en 2016 et 27,3 % en 2015) tandis que la part des dépenses propres des MDPH continue d'augmenter (65,2 % contre 62,5 % en 2016 et 61 % en 2015).

Les services externalisés gratuits se répartissent comme suit (répartition de leur valorisation pour un échantillon de 38 MDPH) :

- > fonctions support⁴⁵ : 39,5 % ;
- > accueil : 18,4 % ;
- > instruction : 6,6 % ;
- > évaluation : 32,9 % ;
- > accompagnement/suivi des décisions : 2,6 %.



MDA du Morbihan (56)

« Les moyens dont dispose la MDA pour son fonctionnement sont, globalement, satisfaisants. La difficulté réside davantage dans la gestion quotidienne de ces moyens et la part importante que prend l'aspect administratif, notamment pour l'équipe de direction, sur le temps dédié à la mise en œuvre de la politique publique. Un rapprochement des fonctions supports entre le conseil départemental et la MDA a été engagé afin de résoudre cette difficulté et permettre à la MDA de se concentrer davantage sur son cœur de métier et de confier la gestion des fonctions supports aux professionnels du conseil départemental. »

1.4 Focus : Une large majorité des dépenses de fonctionnement est consacrée aux dépenses de personnel et supportée principalement par les MDPH

Les dépenses globales des MDPH sont presque en totalité des dépenses de fonctionnement. Celles-ci représentent près de 99 % des dépenses, et seul 1 % de ces dépenses est lié à l'investissement.

La section de fonctionnement regroupe toutes les dépenses nécessaires au fonctionnement des services de la MDPH, c'est-à-dire les dépenses qui reviennent régulièrement chaque année. Il s'agit principalement des charges de personnel, des achats de fournitures (papeterie, mobilier...), des charges de gestion courante (électricité, téléphone), des prestations de services (charges de publicité, de publication, missions et réceptions, transport de biens et de personnes).

Les rares dépenses d'investissement comprennent quant à elles essentiellement des opérations qui se traduisent par une modification de la valeur du patrimoine de la MDPH comme les achats de matériels durables, la construction ou l'aménagement de bâtiments, les travaux d'infrastructure et l'acquisition de titres de participation ou d'autres titres immobilisés.

45. Les fonctions support correspondent à un appui juridique, de ressources humaines, logistique (mise à disposition de locaux ou de matériel, maintenance)...

Cette répartition des dépenses peut s'expliquer par la nature de l'activité des MDPH, qui repose fortement sur les ressources humaines. De plus, les relations de proximité entre les MDPH et les départements (mise à disposition de locaux, de matériel notamment) peuvent expliquer le faible besoin d'investissement des MDPH, celles-ci bénéficiant des investissements départementaux pour l'acquisition de ces matériels.



MDPH de l'Hérault (34)

« Les trois quarts des dépenses de la MDPH concernent la rémunération des agents. »

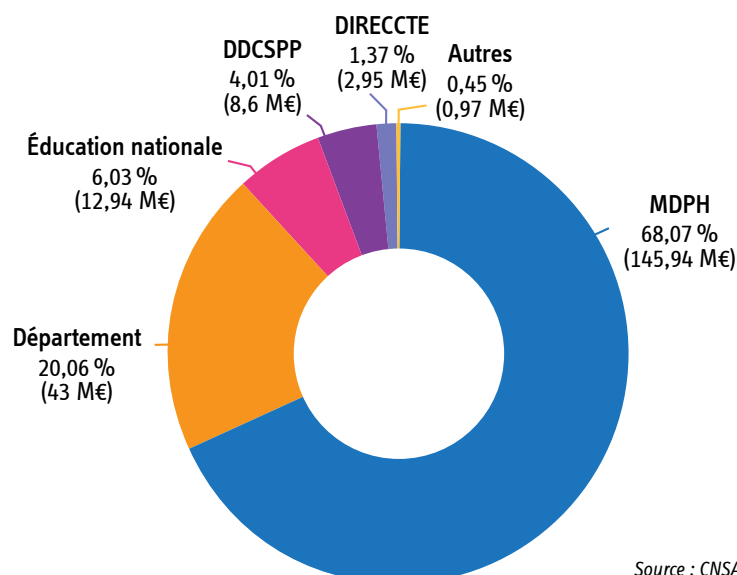
MDPH du Jura (39)

« La MDPH du Jura gère uniquement un budget de fonctionnement. Les dépenses d'investissement sont prises en charge par le conseil départemental sans contreparties financières. »

84 MDPH sur les 92 ayant communiqué leur rapport indiquent employer directement une partie de leurs salariés. Les partenaires des MDPH mettent également du personnel à leur disposition contre un éventuel remboursement de tout ou partie des salaires correspondants.

Après refacturation par les partenaires, on estime à 68 % la part de la charge de personnel interne (hors prestations externalisées) supportée par les MDPH. Elle se répartit principalement entre les MDPH, à hauteur de 146 millions d'euros, et les conseils départementaux qui ont contribué pour plus de 43 millions d'euros en 2017, soit 20 % de la charge.

**Répartition des charges de personnel (en millions d'euros)
pour les MDPH et les partenaires en 2017**
Échantillon : 92 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.

Entre 2016 et 2017, l'augmentation des charges de personnel interne a été principalement supportée par les MDPH (+ 3,2 points). On constate une baisse des mises à disposition non refacturées et une augmentation du personnel embauché directement par les MDPH, tendance observée depuis plusieurs années et qui se confirme à nouveau en 2017.

Évolution de la répartition des charges de personnel entre 2015 et 2017

Partenaires	2015		2016		2017		Évolution de la répartition des ETP (en points)	
	M€	%	M€	%	M€	%	2015/2016	2016/2017
MDPH	152,2	63,0	160,5	64,8	145,9	68,1	1,8	3,2
Département	49,9	20,7	50,1	20,2	43,0	20,1	- 0,4	- 0,2
Éducation nationale	17,7	7,3	18,2	7,4	12,9	6,0	0,0	- 1,3
DDCSPP	14,6	6,0	12,7	5,1	8,6	4,0	- 0,9	- 1,1
DIRECCTE	5,6	2,3	4,9	2,0	3,0	1,4	- 0,3	- 0,6
Autre	1,5	0,6	1,2	0,5	1,0	0,5	- 0,1	0,0
Total	241,5	100	247,6	100	214,4	100		
Échantillon (nombre de MDPH)	102		102		92			

Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.

Clé de lecture : les charges de personnel des MDPH représentent 68,1 % des 214,4 millions de l'ensemble des dépenses des MDPH et des partenaires en 2017. La part des charges de personnel supportées par les MDPH a augmenté de 1,8 point entre 2015 et 2016 puis de 3,2 points entre 2016 et 2017, soit une augmentation totale de 5 points entre 2015 et 2017.

Précaution de lecture : le nombre de répondants diffère entre 2016 (102 MDPH) et 2017 (92), ce qui ne permet pas une comparaison idoine entre 2015/2016 et 2016/2017.



MDMPH du Rhône (69)

« La problématique du portage des ressources humaines est de plus en plus marquée. D'année en année, le personnel mis à disposition par l'État diminue, compensé par le recrutement effectué par la métropole de Lyon, à partir de recettes souvent inférieures au coût réel de l'agent. »

MDPH de la Dordogne (24)

« Les montants des dotations de l'État (fonctionnement et compensation des postes vacants) sont figés depuis la création de la MDPH et ne couvrent plus le coût réel tant des dépenses de fonctionnement que des emplois, et ce alors même que l'activité de la MDPH augmente constamment et que de nouvelles missions lui sont confiées. Hors reprise de l'excédent, les budgets de chaque exercice sont donc déficitaires et l'excédent initial diminue d'année en année. Cette situation ne permet pas de faire face à la hausse du nombre de demandes – la seule variable d'ajustement étant alors les délais de traitement – ni de développer les missions de communication et d'accompagnement des personnes qui seraient pourtant souhaitables. »

2. Les moyens humains des MDPH

2.1 Les caractéristiques des effectifs présents au sein des MDPH

La somme des équivalents temps plein travaillés, pour 2017, dans les 90 MDPH ayant renseigné cette donnée s'élève à 4 828. L'absence de plusieurs rapports de MDPH importantes ne permet pas d'avoir un chiffre consolidé suffisamment proche de la réalité ; à titre d'information, la somme des ETP travaillés dans 102 MDPH était, en 2016, de 5 294 ETP.

À noter : de 2012 à 2016, le nombre d'ETP théorique par MDPH a augmenté en moyenne de 5,4 %.

En 2017, la moyenne des ETP travaillés dans les MDPH est de 53,6, oscillant de 0,9 ETP travaillé à 170,8 ETP travaillés pour la MDPH ayant l'effectif le plus important.

Les ETP théoriques pour ces 90 MDPH s'élèvent en 2017 à 5 224, soit un différentiel de 397 ETP (7,6 %) entre les effectifs théoriques (tels que prévus dans les conventions et les contrats) et les effectifs réels (ETPT). La différence entre la situation réelle et la situation attendue est en moyenne de 4,4 ETP par MDPH (soit 7,18 %). Elle s'explique par des absences pour congés (maladie, maternité), des départs non remplacés et des vacances de poste. Elle représente une augmentation de 0,9 point entre 2016 (3,4 ETP de différence entre ETP travaillés et ETP théoriques) et 2017 (4,4 ETP de différence).

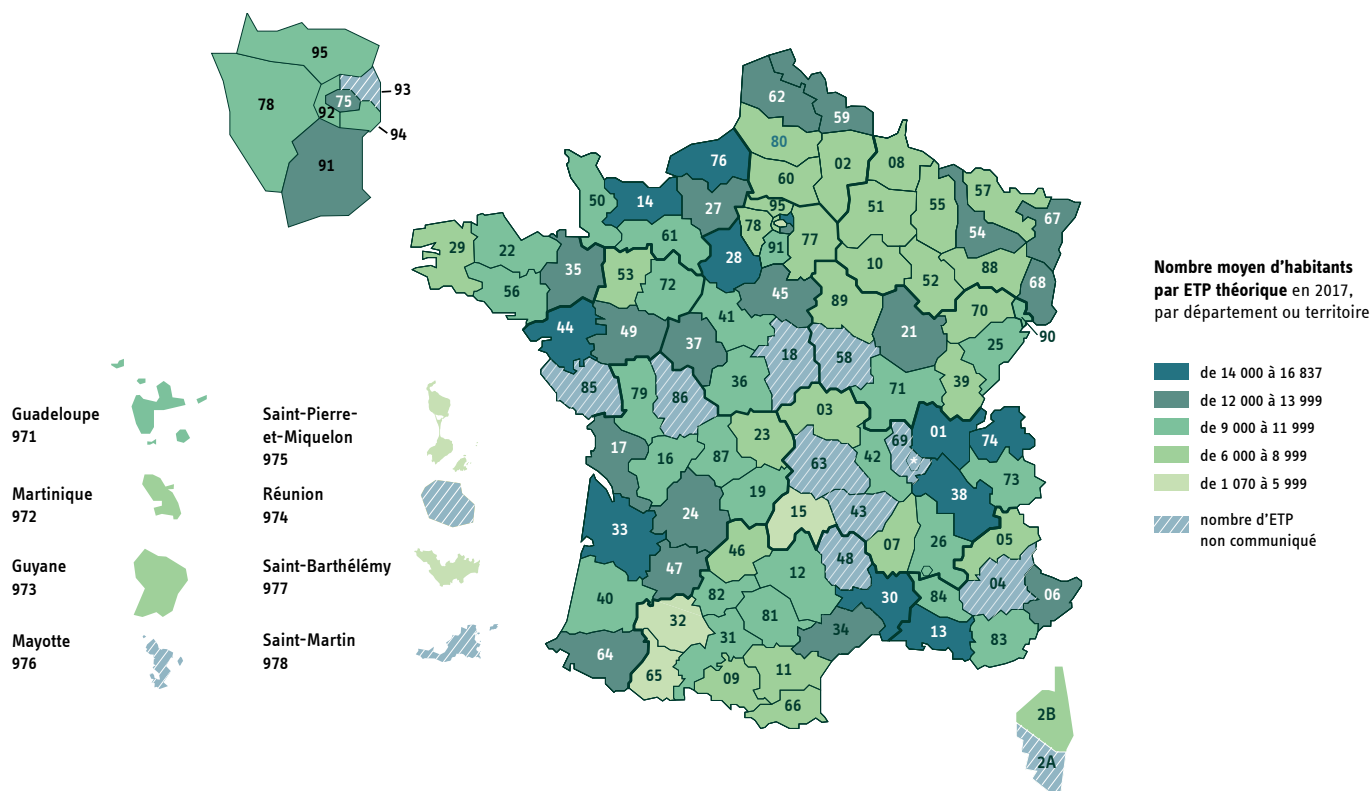


MDPH du Var (83)

« La différence entre le nombre d'ETP théoriques et le nombre d'ETP effectivement travaillés s'explique par des postes non pourvus à ce jour (un travail est en cours pour doter les postes vacants), des absences pour maladie et un nombre important d'agents à temps partiel. »

Le nombre moyen d'habitants par ETP (théoriques) en 2017 varie selon les départements, allant de 1 070 pour certains départements à 16 837 pour d'autres.

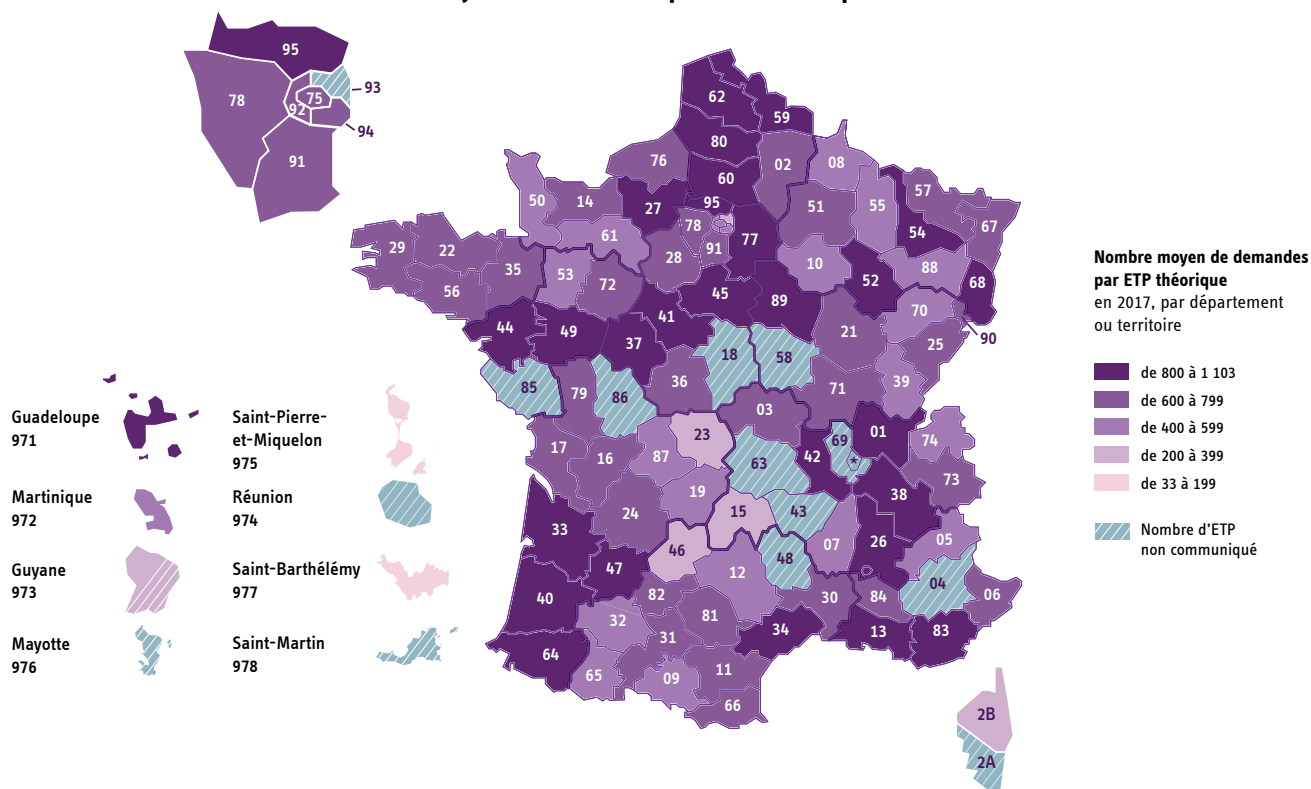
Nombre moyen d'habitants par ETP théorique en 2017



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.

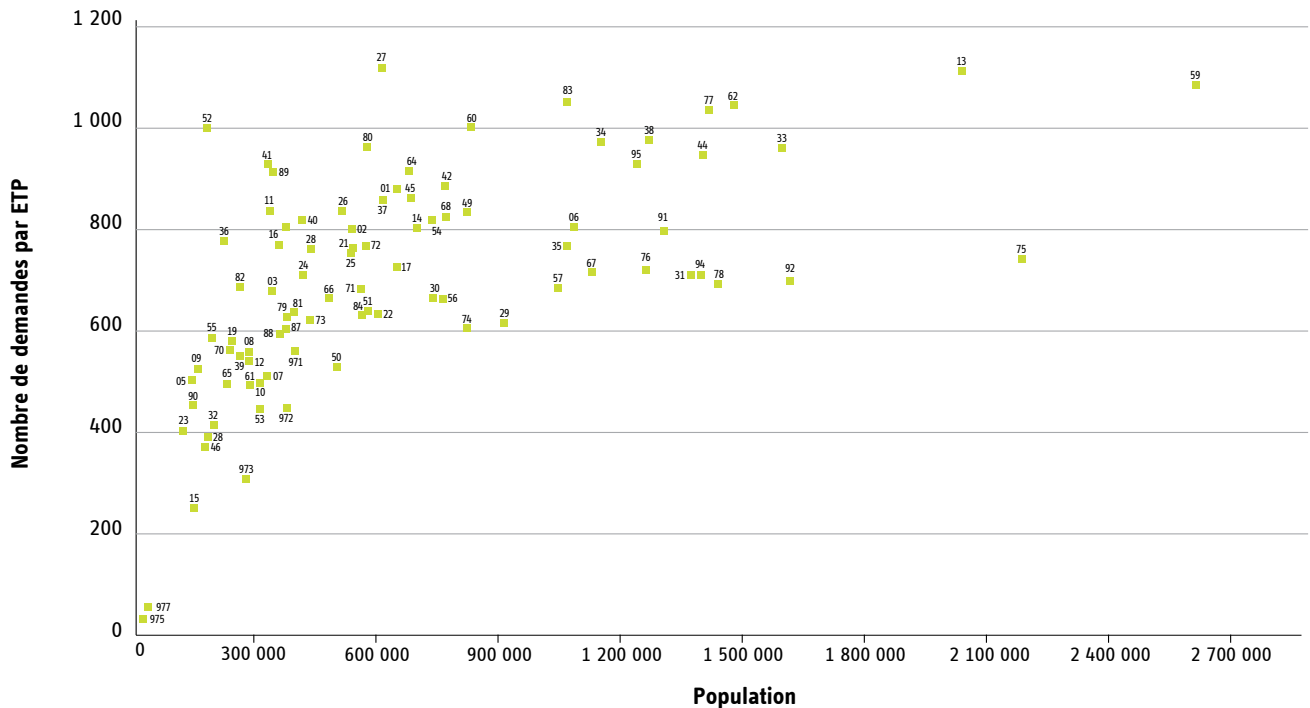
Le nombre moyen de demandes par ETP (théoriques) en 2017 varie selon les départements, oscillant de 23 pour certains départements à 1 103 pour d'autres.

Nombre moyen de demandes par ETP théorique en 2017



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.

Nombre de demandes par ETP théorique en 2017



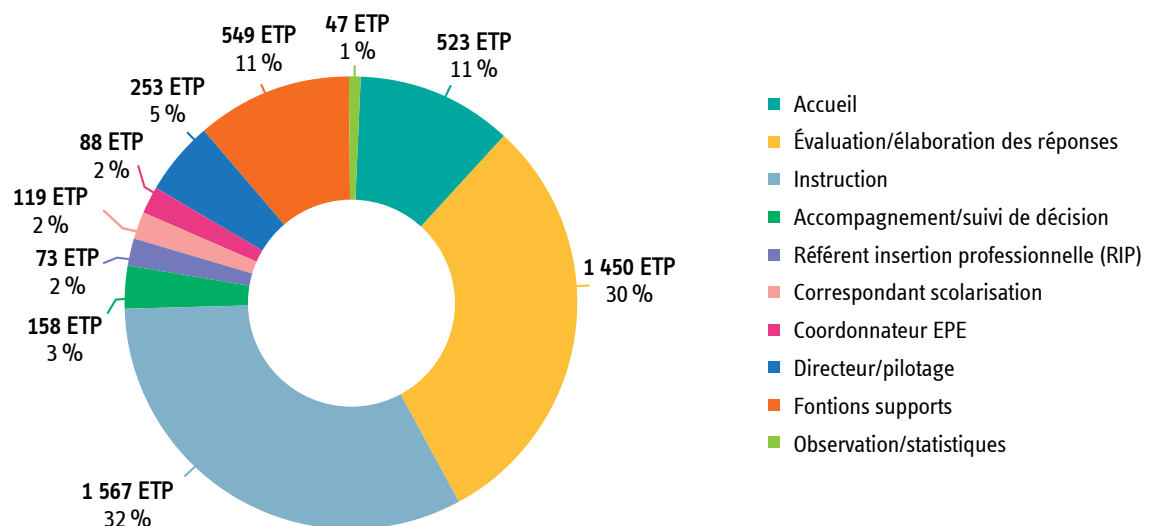
Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.

À noter : il semble ne pas exister de corrélation statistique entre les délais de traitement des demandes et le nombre de demandes par ETP.

2.2 Des missions d'accueil, d'instruction et d'évaluation/élaboration des réponses qui mobilisent 73 % des ETP des MDPH

Les missions d'accueil, d'instruction et d'évaluation/élaboration des réponses, « cœur de métier » des MDPH, concentrent 73 % des ETP des MDPH.

Répartition des ETP (effectivement travaillés) internes à la MDPH par processus/mission en 2017 Échantillon : 91 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.

Dans le détail, 1 567 ETP réellement travaillés dans les MDPH sont dédiés à la mission de l'instruction, 1 450 sont dédiés à l'évaluation et à l'élaboration des réponses et 523 à l'accueil. Les fonctions support correspondent à un peu de plus de 500 ETP. La mission « d'observation et d'utilisation d'outils statistiques » est celle qui compte le moins de ressources humaines dédiées. Par ailleurs, il est intéressant de constater que 158 ETP travaillent sur la mission « accompagnement et suivi des décisions » bien que celle-ci ne soit identifiée que dans 71 MDPH.

Comme le montre le tableau comparatif sur trois exercices ci-dessous, si la répartition des ETP par mission semble relativement stable entre 2015 et 2017, on constate une baisse de la part relative des ETP consacrés à l'instruction et aux fonctions support ainsi qu'une légère baisse de la part des coordonnateurs d'équipes pluridisciplinaires d'évaluation (EPE). À l'inverse, les ETP assurant les missions d'évaluation et d'élaboration des réponses, d'accueil, d'accompagnement et de suivi des décisions ainsi que la part des correspondants de scolarisation ont augmenté.

Précaution de lecture : l'évolution de la répartition des ETP entre les missions peut aussi s'expliquer par un meilleur remplissage de la maquette (notamment sur les missions de correspondant de scolarisation et d'accompagnement/suivi des orientations).

	2015		2016		2017		Évolution de la répartition des ETP (en points)	
	N	%	N	%	N	%	2015/2016	2016/2017
Accueil	544,6	10,6	532,6	10,3	522,9	10,8	- 0,2	0,5
Évaluation/élaboration des réponses	1 388,9	27,0	1 426,0	27,7	1 450,4	30,0	0,7	2,4
Instruction	1 766,8	34,3	1 755,4	34,0	1 567,2	32,5	- 0,3	- 1,6
Accompagnement/suivi de décision	153,6	3,0	167,2	3,2	158,4	3,3	0,3	0,0
Référent insertion professionnelle (RIP)	76,9	1,5	73,7	1,4	72,7	1,5	- 0,1	0,1
Correspondant scolarisation	83,5	1,6	86,7	1,7	119,4	2,5	0,1	0,8
Coordonnateur EPE	116,2	2,3	114,4	2,2	87,5	1,8	0,0	- 0,4
Directeur/pilotage	272,0	5,3	269,6	5,2	253,2	5,2	- 0,1	0,0
Fonctios supports	702,0	13,6	683,6	13,3	549,0	11,4	- 0,4	- 1,9
Observation-Statistiques	47,2	0,9	47,8	0,9	47,0	1,0	0,0	0,0
Total	5 152,2	100	5 157,0	100	4 827,8	100		
Échantillon (nombre de MDPH)	102		102		92			

Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.

Clé de lecture : la mission accueil représente 10,8 % des ETP internes aux MDPH en 2017 (hors prestations externalisées). La proportion d'ETP consacrés à la mission d'évaluation a connu 0,7 point d'augmentation entre 2015 et 2016 puis 2,4 points entre 2016 et 2017, soit une augmentation totale de 3,1 points entre 2015 et 2017.

Ces évolutions peuvent illustrer un recentrage des MDPH sur leur cœur de métier, d'individualisation et de meilleur suivi des situations complexes. Les MDPH ont pu réorienter leurs effectifs sur les missions d'évaluation et d'élaboration des réponses, d'accueil et le lien avec l'Éducation nationale pour répondre aux objectifs de la démarche réponse accompagnée pour tous, d'inclusion, notamment scolaire, ou encore d'évaluation globale des situations.



MDPH de la Meuse (55)

« La MDPH est [...] confrontée à la nécessité de faire monter en compétences les agents actuellement en poste : les tâches purement administratives pour lesquelles les agents ont été recrutés (parfois de longue date, au sein des COTOREP) se complexifient et nécessitent aujourd'hui d'intégrer de nouvelles formes de compétences, en matière de partenariats et de contacts avec les personnes handicapées ou leurs familles. »

Plus spécifiquement, la mise en œuvre des chantiers nationaux tels que la démarche « Réponse accompagnée pour tous » a une incidence sur les effectifs. Par exemple, 110 000 euros en moyenne ont été versés à 90 MDPH engagées dans la démarche avant le 1^{er} janvier 2018 par la CNSA *via* les agences régionales de santé (ARS) pour sa mise en œuvre : ce financement a donné lieu, dans la plupart des MDPH, au recrutement d'un chargé de mission. Le format du poste varie selon les organisations.



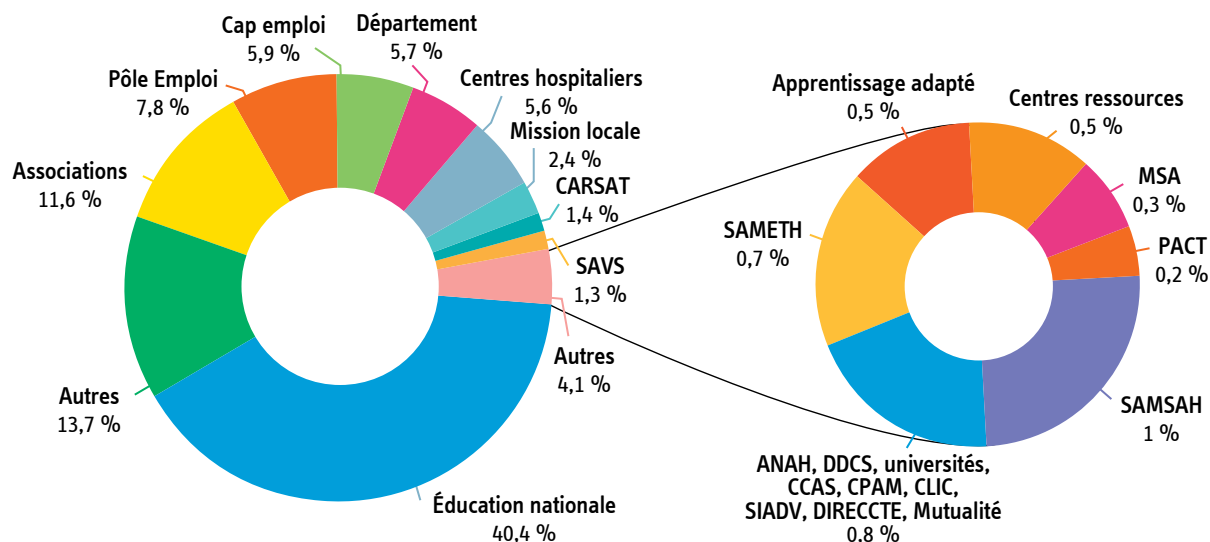
MDPH du Territoire de Belfort (90)

« En 2017, l'ARS dote la MDPH d'une recette exceptionnelle de 110 000 euros pour la mise en œuvre du dispositif "réponse accompagnée pour tous" (RAPT). Dans le cadre de cette démarche, la MDPH 90 a recruté en fin d'année 2017 2 agents). »

Par ailleurs, les MDPH travaillent en collaboration avec des partenaires dans le cadre des équipes pluridisciplinaires d'évaluation (EPE), dans lesquelles intervient principalement du personnel de l'Éducation nationale (40 % du total des professionnels mobilisés sur des demi-journées d'évaluation), des associations (12 %), du personnel du champ de l'emploi (Pôle Emploi, Cap Emploi) pour 14 %, du conseil départemental (6 %) et des centres hospitaliers (6 %).

Participation des partenaires aux réunions des équipes pluridisciplinaires d'évaluation (EPE) en 2017 et % du total des demi-journées

Échantillon : 92 MDPH



Source : CNSA, rapports d'activité des MDPH 2017.



MDPH de la Moselle (57)

« Les équipes pluridisciplinaires se composent d'acteurs du territoire, c'est une plus-value qu'il conviendra de conforter dans l'avenir. En effet, cela permet l'évaluation dans le cadre des dispositifs et disponibilités du territoire et ainsi de repérer les risques de ruptures de parcours ou les acteurs mobilisables. »

Les partenaires ont également un rôle déterminant dans l'exercice des missions d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que pour la sensibilisation de tous les citoyens au handicap.



MDPH de l'Eure (27)

« Dans le cadre de son fonctionnement, la MDPH de l'Eure est amenée à externaliser une partie de ses missions, dans une volonté d'articulation efficace avec ses principaux partenaires. Ainsi, à tous les niveaux du fonctionnement de la MDPH, des partenaires indispensables interviennent, qu'il s'agisse d'un appui aux missions d'information, ou encore à l'évaluation des droits et des demandes formulées par les personnes en situation de handicap. À ce titre, différents partenaires sont amenés à participer aux équipes pluridisciplinaires d'évaluation, tels que l'Éducation nationale, le service public de l'emploi, Cap Emploi, le nouvel hôpital de Navarre, les associations, ou encore le département, à travers l'intervention des centres locaux d'information et de coordination (CLIC). »

Face à l'augmentation continue de l'activité et des chantiers à mener, plusieurs MDPH regrettent l'absence ou la faible évolution des moyens négociés dans le cadre des conventions constitutives des GIP MDPH. Elles alertent sur les impacts potentiels de ces moyens contenus en termes de qualité de service et de délais de traitement malgré les efforts de réorganisation et d'évolution des pratiques engagés.



MDPH de l'Oise (60)

« La répartition des dotations des différents financeurs, basée sur l'activité de l'époque de la convention constitutive, n'a pas été revalorisée proportionnellement à la hausse de l'activité de la MDPH (hausse de près de 200 %), il en découle une place prépondérante du département dans les moyens alloués au GIP MDPH. Premier contributeur direct en 2017, le département apporte 46 % du budget contre 33,42 % en 2008. La prise en compte des aides indirectes octroyées par le département accentue considérablement cet écart. Cette situation interroge d'autant plus que les nouveaux chantiers (Réponse accompagnée, formulaire de demande générique...) auront un impact sur l'activité que l'on ne peut encore mesurer. »

MDPH de l'Allier (03)

« La diversité de statuts des agents employés par le GIP est gage de richesse pour l'ensemble de l'équipe, qui, bien qu'issus d'administrations différentes, travaillent pour une seule et même cause. Les moyens du GIP sont en adéquation avec les impératifs financiers qui sont les siens, grâce notamment à une bonne participation du département et des différents financeurs. »

3. L'externalisation de prestations

On valorise à titre d'externalisation « une prestation ou une expertise réalisée par un partenaire ou un prestataire de service, pour le compte et à la demande (commande spécifique) des MDPH ».

Il s'agit ainsi des prestations assurées pour le compte des MDPH, y compris les missions d'appui sur certaines fonctions support ou métier, notamment par le conseil départemental, mais également des prestations assurées par des partenaires extérieurs (associations...), qu'elles soient gratuites ou payantes (en cas de refacturation).

Le graphique de la page suivante montre la répartition des activités externalisées par mission dans le cadre d'une convention. La majorité des externalisations des prestations (57 %) est réalisée pour les missions d'évaluation. Vient ensuite la mission d'accueil du public qui concerne près d'un quart des prestations externalisées.

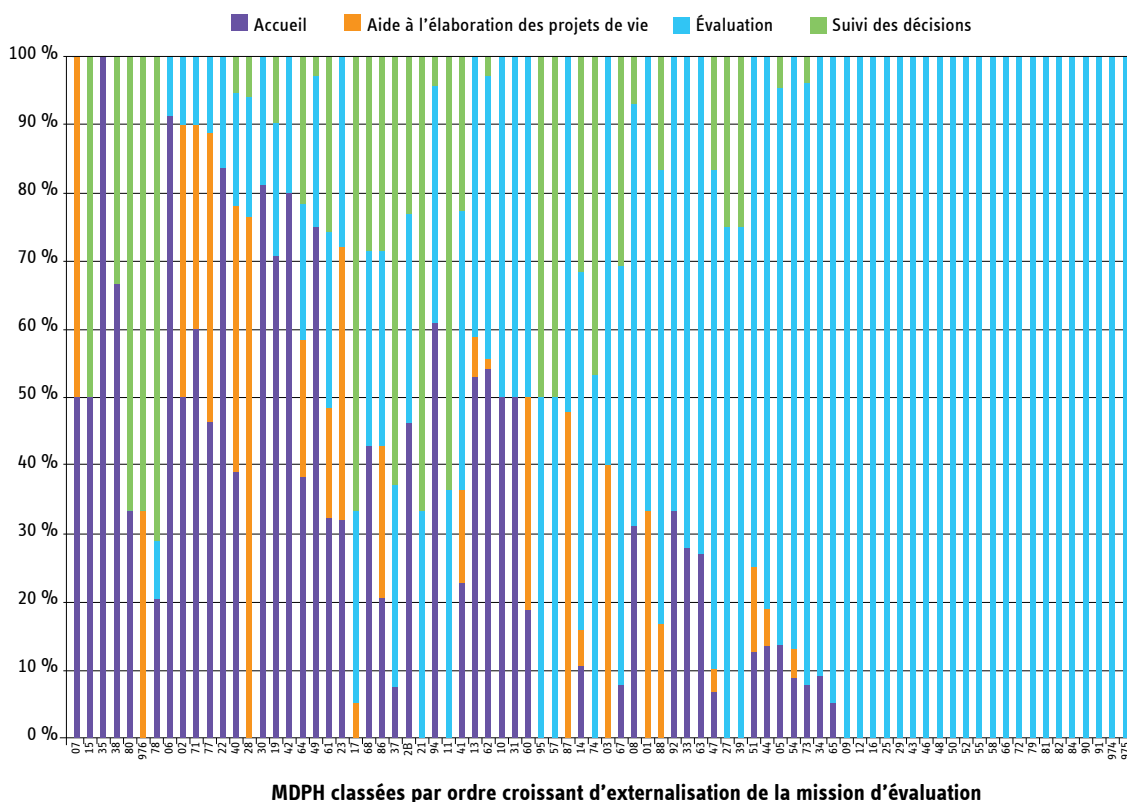
Pour 22 MDPH, la totalité des externalisations est consacrée à l'évaluation, à l'instar des MDPH de l'Essonne (91), de la Charente (16) ou de la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon (975). *A contrario*, d'autres MDPH comme celles de la Vienne (86) ou des Pyrénées-Atlantiques (64) externalisent de manière proportionnée l'accueil, l'aide à l'élaboration des projets de vie, l'évaluation et le suivi des décisions.

Dans le détail, les MDPH ont passé en 2017 des conventions pour l'accueil et pour l'aide à la formulation de projets de vie avec des associations représentatives des personnes en situation de handicap (URADEPA, APF, réseau Bulle 23, Autisme 3D...), des acteurs institutionnels (CCAS, CLIC, maisons de santé pluridisciplinaires – MSP, conseils départementaux, CPAM, Pôle Emploi...)

L'externalisation des prestations réalisée pour des missions d'évaluation a été faite le plus souvent auprès du service public de l'emploi (Pôle Emploi, Cap Emploi), à travers la mobilisation d'ESMS ou d'associations gestionnaires d'ESMS ou encore auprès de la CARSAT. D'autres acteurs locaux ont également pu être cités (comité marnais d'amélioration du logement – COMAL SOLIHA) pour la réalisation d'évaluations.

Enfin, l'externalisation des prestations pour des missions de suivi des décisions a été faite auprès de l'Imprimerie nationale (pour les CMI), de l'ARS pour la RAPT ou encore de Pôle Emploi.

Répartition des activités externalisées par mission sous convention (%)
Échantillon : 80 MDPH



Clé de lecture : les MDPH sont classées par ordre croissant d'externalisation de la mission d'évaluation.

Source : CNSA, échanges annuels 2017.



MDPH du Val-de-Marne (94)

« Accueil dont plateforme téléphonique : association fournit la prestation :

- > évaluation aide humaine/association ;
 - > évaluation aide technique/bâti/aménagement : centre hospitalier ;
 - > évaluation scolarisation : Éducation nationale ;
 - > instruction/accompagnement suivi des décisions : conseil départemental. »
-

Conclusion

La dynamique de transformation dans laquelle s'inscrit le réseau des MDPH en 2017 témoigne d'une mobilisation forte dans la mise en œuvre des chantiers nationaux au bénéfice de la qualité de la prestation rendue.

Dans un contexte d'accroissement continu des demandes, de tension sur les moyens et sur les compétences à mobiliser, il est important de noter que les MDPH assurent globalement leur mission de réponse aux usagers. Les délais de réponse aux demandes restent maîtrisés, quoique perçus comme trop longs par ceux-ci.

L'enjeu d'amélioration du service est pour autant bien présent : qualité de l'information, pertinence des évaluations, effectivité des orientations, individualisation des réponses et principe de coélaboration de celles-ci dans le cadre par exemple de la démarche réponse accompagnée pour tous constituent encore un défi pour les MDPH.

Les réalités territoriales sont diverses, et le déploiement à partir de 2018 du système d'information commun devra notamment permettre de progresser vers des pratiques harmonisées et vers une équité territoriale renforcée. Les impacts organisationnels à accompagner sont nombreux, et les rapports d'activités 2017 démontrent que l'ensemble des MDPH est engagé dans la transformation attendue.

Imprimeur : Imprimerie de La Centrale - 62302 Lens cedex

Date d'achèvement du tirage : Mars 2019

Dépôt légal : Mars 2019

www.cnsa.fr
www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr



CNSA

66, avenue du Maine - 75682 Paris cedex 14 - Tél. : 01 53 91 28 00 - contact@cnsa.fr


Caisse nationale de
solidarité pour l'autonomie